



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS

NATE DE PALMA ROSA GARCIA

**“NÃO VAI ADIANTAR A SUA CARA DE SAPATÃO”: ESTUDO SOBRE O
ACESSO DE MULHERES LÉSBICAS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
DISTRITO FEDERAL**

Brasília – DF
2021

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

GG216? Garcia, Nate de Palma Rosa
"Não vai adiantar a sua cara de sapatão": estudo sobre o
acesso de mulheres lésbicas a atenção primária à saúde no
Distrito Federal / Nate de Palma Rosa Garcia; orientador
Lucélia Luiz Pereira. -- Brasília, 2021.
90 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Política Social) --
Universidade de Brasília, 2021.

1. lésbicas. 2. LGBTQIAP+. 3. saúde. 4. atenção primária à
saúde. I. Pereira, Lucélia Luiz, orient. II. Título.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – PPGPS

**“NÃO VAI ADIANTAR A SUA CARA DE SAPATÃO”: ESTUDO SOBRE O
ACESSO DE MULHERES LÉSBICAS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
DISTRITO FEDERAL**

Nate de Palma Rosa Garcia

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Política Social pela Universidade de Brasília, sob orientação da Prof^ª. Dra. Lucélia Luiz Pereira.

Brasília, 2021

AGRADECIMENTOS

A entrega dessa dissertação só foi possível devido a todes que estiveram comigo nesses três anos de mestrado. Por diversas vezes questionei minhas escolhas e, em muitos momentos, estar na pós-graduação pareceu um erro. Se não desisti no meio do caminho, foi por contar com familiares, professores, amigos e colegas de curso, que prestaram todo apoio e foram meus verdadeiros ombros amigos.

Agradeço a Professora Lucélia Pereira, por ter topado me orientar e por todo o aprendizado. Jamais esquecerei de seu acolhimento, compreensão e gentileza, inclusive dos puxões de orelha muito necessários!

Agradeço a banca de defesa, Professora Abra Afra e Professora Suane Soares, pelas contribuições tão ricas e pelo cuidado na leitura. Agradeço também a Professora Camila Potyara, pela presença na banca de qualificação.

Importante dizer que recebi incentivo financeiro da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil) para o desenvolvimento desta pesquisa.

Agradeço aos amigos Manu, Ju, Hiury e Gabi, por todos os momentos de escuta, desabafo e trocas nesse processo do mestrado. Nosso grupo fez muita diferença, principalmente quando eu me via sozinho e sem forças para continuar.

Agradeço aos meus familiares pelo suporte e pelas palavras amigas de incentivo.

Agradeço a minha psicóloga Martina Lima, por todo acompanhamento e escuta e por sempre me lembrar da minha capacidade de terminar este trabalho.

Agradeço aos afetos que se fizeram presentes, ainda que em sua maioria por meios virtuais. Vocês fizeram o isolamento social menos solitário e a escrita da dissertação mais leve.

Agradeço por todas as oportunidades de crescimento e aprendizado que vivi enquanto fui estudante do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade de Brasília. Nesses anos pandêmicos tive acesso a atividades diversas *online*, que certamente favoreceram o meu amadurecimento teórico.

Agradeço, por fim, a todes que conheci na escola de teatro Trupe Trabalhe Essa Ideia. Minha imersão na dança, no teatro e no canto contribuíram muito no meu processo criativo da escrita, sem falar no impacto positivo e no fortalecimento da minha

autoestima. De fato, um dos primeiros espaços seguros, senão o único, onde eu pude me afirmar pessoa não-binária e simplesmente ser eu.

À minha irmãzinha, por ser a minha
melhor aliada e por me fazer acreditar que
dias melhores virão

RESUMO

Mulheres lésbicas vem se organizando politicamente desde a década de 1970, época em que foi fundado o primeiro grupo voltado a lesbianidades e suas demandas no Brasil. A partir de então, esse movimento vem lutando em busca de visibilidade e representatividade nas políticas sociais, sendo a questão da saúde uma de suas principais reivindicações. Passados mais de 40 anos de história e atuação, ainda são incipientes as ações em saúde voltadas a essas sujeitas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, este trabalho procura analisar o acesso e a utilização da atenção primária à saúde pelas mulheres lésbicas do Distrito Federal, discutindo a equidade no acesso à saúde. Assim, propomos: a) debater o conceito de equidade em saúde e sua importância na garantia do acesso universal a saúde; b) mapear o percurso de mulheres lésbicas nos serviços de atenção primária, em relação a demandas e obstáculos enfrentados; e c) realizar debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos e vinculação com os serviços de saúde sob a ótica das lesbianidades. Para o cumprimento dos objetivos propostos desenvolvemos pesquisa qualitativa, a partir do recurso de entrevistas semiestruturadas com 6 mulheres, analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo temática. Como principais resultados, observamos que a maioria dos profissionais de saúde não estão preparados para lidar com as demandas e especificidades de mulheres lésbicas. Também há dificuldades no sentido da utilização dos serviços de atenção primária à saúde, comprometendo o exercício do direito à saúde pelas usuárias.

Palavras-chave: lésbicas; LGBTQIAP+; saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Lesbian women have been organizing politically since the 1970s, when the first group focused on lesbianities and their demands was founded in Brazil. Since then, this movement has been fighting for visibility and representation in social policies, with the issue of health being one of its main demands. After more than 40 years of history and performance, health actions aimed at these subjects within the Unified Health System (SUS) are still incipient. In this sense, this work seeks to analyze the access and use of primary health care by lesbian women in the Federal District, discussing equity in access to health. Thus, we propose: a) to debate the concept of equity in health and its importance in guaranteeing universal access to health; b) map the path of lesbian women in primary care services, in relation to the demands and obstacles faced; and c) debate on sexual and reproductive rights and link with health services from the perspective of lesbians. In order to fulfill the proposed objectives, we developed qualitative research, using semi-structured interviews with 6 women, analyzed using the thematic content analysis technique. As main results, we observed that most health professionals are not prepared to deal with the demands and specificities of lesbian women. There are also difficulties in the use of primary health care services, compromising the exercise of the right to health by users.

Key-words: lesbians; LGBTQIAP+; health; primary health care.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Ações em saúde lésbica

Quadro 2 – Pessoas entrevistadas

Tabela 1 – Temas

Tabela 2 – Subtemas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Infográfico sobre Equidade em Saúde

Figura 2 – Mapa do Distrito Federal

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATSM – Área Técnica da Saúde da Mulher
AT – Análise Temática
APS – Atenção Primária à Saúde
BDM – Biblioteca Digital da Produção Intelectual Discente da Universidade de Brasília
BSH – Programa Brasil Sem Homofobia
CCR – Coletivo Combahee River
CF – Constituição Federal
CID – Classificação Internacional de Doenças
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNV – Comissão Nacional da Verdade
CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
DF – Distrito Federal
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos
EUA – Estados Unidos da América
GASPVP – Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulneráveis e Programas Especiais
LF – Grupo Lésbico Feminista
LGBTQIAP+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, *Queer*, Intersexuais, Assexuais e Pansexuais
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NEDIG – Núcleo de Estudos da Diversidade e Gênero
ONU – Sistema Organização das Nações Unidas
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNDH – Planos Nacionais de Direitos Humanos
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RIUnB – Repositório Institucional da Universidade de Brasília
RSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SENALE - Seminário Nacional de Lésbicas

SESDF – Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

SAIS – Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnB – Universidade de Brasília

Sumário

INTRODUÇÃO.....	13
Método e procedimentos metodológicos.....	19
CAPÍTULO 1 – Políticas de Promoção da Equidade e o direito a saúde.....	22
Apontamentos iniciais sobre Saúde.....	23
O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.....	26
Equidade em saúde e implementação de políticas específicas.....	29
A interseccionalidade como ferramenta teórica e metodológica.....	35
CAPÍTULO 2 – Lesbianidades e Saúde.....	37
Sexo, gênero e sexualidade.....	38
Heterossexualidade e a existência lésbica.....	43
Saúde e diversidade sexual e de gênero no Brasil.....	46
Lésbicas no SUS: demandas e obstáculos enfrentados.....	51
Direitos sexuais e reprodutivos.....	55
CAPÍTULO 3 – O acesso de mulheres lésbicas a Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.....	57
Caracterização da amostra e análise de dados.....	58
Serviços de saúde: entre buscas e tentativas de acesso.....	64
Resistências lésbicas frente aos obstáculos e dificuldades na busca por saúde.....	68
Em busca de equidade em saúde: a interlocução com o governo do Distrito Federal.....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
APÊNDICE A - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTAS.....	87
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	88

INTRODUÇÃO

A pessoa que deu início a este trabalho não é a mesma que termina de escrevê-lo. Em alguma medida, permaneço o mesmo, em (muitas) outras, me vejo completamente transformado por tudo que vivi nesses últimos quase 3 anos. É complexo pensar nas dinâmicas e processos que me trouxeram até aqui, porém é com grande satisfação e orgulho que encerro o ciclo deste mestrado. As palavras sinceras escritas a seguir, para além de cumprirem a função de introdução ao que me propus nesta pesquisa, servem de espécie de conforto a mim mesmo, por todas as inseguranças, crises de autoestima e vontades de desistir que me acompanharam desde o princípio.

A entrada na academia me fez ressignificar algumas convicções até então dadas por mim como não passíveis de questionamento. A conquista que foi a aprovação no processo seletivo da pós-graduação, rapidamente se transformou em uma aflição, ainda mais intensificada diante da responsabilidade de ser bolsista CAPES. Encontrei uma atmosfera onde os prazos eram rígidos e a exigência de carga de leitura desproporcional às condições objetivas da realidade estudantil. Aos poucos, muitas das minhas ideias pré-concebidas a respeito do universo da pós-graduação desmoronaram. Eu me vi diante de um bloqueio, uma frustração que me impedia de enxergar perspectivas de chegar ao final da dissertação.

Em meados de 2019, o mundo parou diante do avanço da pandemia de COVID-19 e os desafios já postos ficaram ainda mais difíceis. Desde a chegada do vírus no Brasil, sua transmissão vem acontecendo em larga escala, principalmente diante da conduta negacionista do Governo Federal, em especial do chefe do Executivo, o presidente Jair Bolsonaro, que desde o princípio vem disseminando notícias falsas a respeito da gravidade da doença, incentivando o movimento anti-vacina e o abandono das medidas de segurança de contenção do vírus. Até o momento da escrita deste trabalho, mais de 600 mil pessoas morreram no Brasil em decorrência da pandemia de coronavírus e Jair Bolsonaro continua agindo de forma irresponsável e desrespeitosa perante todas as pessoas afetadas.

As ideias e rascunhos desta pesquisa vêm de quando descobri e me afinizei pelo campo dos estudos lésbicos, ainda no começo da minha graduação em Serviço Social, entre os anos de 2015 e 2017. Neste período, a entrada na Universidade de Brasília me permitiu explorar questões sobre mim que até então estavam adormecidas. Encarar questionamentos acerca da minha sexualidade me fez tomar ainda mais gosto por

pesquisas e debates envolvendo pessoas LGBTQIAP+¹. Conheci pessoas incríveis que são referência até hoje e, me vendo nelas, pude me afirmar como mulher lésbica, sapatona convicta e caminhoneira.

Essa saída do armário² costuma ser um marco na vida de pessoas como eu, é o que conecta nossas narrativas. Comigo não foi diferente, entender minha sapatônica representou um divisor de águas importante na minha trajetória pessoal e acadêmica. Estudar e pesquisar sobre lesbianidades passou a ter outro significado, a sensação era de estudar sobre a minha própria história. Movido por essa emoção de me ver representado, de me sentir pertencente, me dediquei ainda mais a entender os (meus) desafios de ser mulher lésbica. Além disso, a formação em Serviço Social também contribuiu para que despertasse em mim um olhar mais crítico, voltado às diversas opressões e desigualdades sociais que perpassam a vida de todes que existem para além dos modelos cis-heteronormativos.

Mais tarde, passei pela experiência do estágio obrigatório curricular, que se deu no Supremo Tribunal Federal (STF), nos anos de 2017 e 2018. Estagiando num Tribunal, embora no campo da saúde, tive a oportunidade de associar meus estudos sobre diversidade sexual e de gênero aos da política de saúde. Assim, ao tomar conhecimento das necessidades e cuidados em saúde da população LGBTQIAP+, optei por dedicar meu Trabalho de Conclusão de Curso à essa temática, que abrangeu especificamente as vivências de mulheres lésbicas.

Ainda no último semestre da graduação, a convite da então orientadora da monografia, professora Valdenízia Peixoto, ingressei no Núcleo de Estudos da Diversidade e Gênero (NEDIG/CEAM/UnB). Passei a conviver com mais professoras e pós-graduandos, e conforme aprofundi meus estudos, decidi dar continuidade às pesquisas sobre saúde de mulheres lésbicas no mestrado acadêmico em Política Social.

Ingressei no Programa de Pós-graduação em Política Social (PPGPS) ainda no primeiro semestre de 2019, então as aulas e atividades do primeiro ano do mestrado ocorreram ainda de forma presencial na universidade. Embora estivesse me adaptando a chegada nesse mundo da pós-graduação com certa dificuldade, as ideias para minha pesquisa ainda permaneciam as mesmas do pré-projeto que submeti na seleção do

¹ Detalhamos o significado dessa sigla no Capítulo 2 deste trabalho.

² Expressão comum utilizada por pessoas LGBTQIAP+ quando tornam públicas sua orientação sexual e/ou identidade de gênero.

Programa.

Com a chegada da pandemia do coronavírus no início de 2020, o estresse do isolamento social, o medo de uma doença até então pouco conhecida, e a agudização da conjuntura caótica de crise generalizada sob o governo de Bolsonaro, percebi um agravamento das condições da minha saúde mental, que já não andavam muito boas no primeiro ano de mestrado. Diante disso, se tornou praticamente impossível manter qualquer tipo de produtividade, concentração, foco e constância nos estudos e nas leituras. Ainda assim, consegui passar pela Banca de Qualificação do projeto de pesquisa em maio de 2020 e depois dessa etapa senti minha disposição física e mental piorar consideravelmente.

Pela primeira vez na vida, tive a oportunidade de iniciar um acompanhamento de psicoterapia, não apenas como forma de cuidado da minha saúde mental, mas também como estratégia para lidar com as dificuldades de continuar a pesquisa e os estudos do mestrado. No entanto, a terapia também acabou servindo para que eu lidasse com demandas e questões que eu não costumava prestar atenção.

Questionar a minha identidade de gênero na terapia parecia improvável quando dei início às sessões, afinal eu estava lá para buscar algo que me ajudasse nas dificuldades da pós-graduação. Mas os questionamentos vieram de forma muito acertada e até “natural”, senti que chegaram na hora certa, apesar de todo o caos ao meu redor, me via pronto para investigar uma dimensão da minha vida que parecia intocável. Intocável, pois não parecia certo cutucar algo que estava quieto. Aos poucos fui indo e vindo, tirando do lugar crenças, deslocando convicções e abrindo espaço para a dúvida.

Desde que tomei conhecimento da existência de pessoas não-binárias, ainda na graduação, e da possibilidade de viver uma vida fora dos lugares pré-estabelecidos de homem e de mulher, eu passei a admirar profundamente essa ideia. Minha admiração era nutrida muito pelos meus estudos da *teoria queer*, pelos cursos que fiz com a professora Helena Vieira e pelas leituras de pensadores como Paul Preciado e Judith Butler. Era uma admiração situada num plano mais teórico, sem considerar a não-binariedade possível para mim.

Ao mesmo tempo, eu estaria mentindo se eu dissesse que amava ser mulher, ou que me sentia confortável com esse rótulo e todas as suas implicações. Quando me entendi sapatão, fui logo tratando de abandonar os símbolos de feminilidade, eu só os reproduzia

porque parecia o certo a se fazer. A partir daí, na rua passou a ser recorrente certa confusão das pessoas quando se dirigiam a mim. Crianças em praças de alimentação de *shoppings* me abordavam para perguntar se eu era menino ou menina, em alguns momentos sob o olhar alheio eu era “senhor”, “rapaz” e “meu jovem”, e às vezes era nítida a hesitação, a dúvida sobre qual o jeito certo de se referir a mim. Esses comentários e situações nunca me incomodaram, pelo contrário, era fascinante causar essa confusão e perceber o binarismo que rege nossa sociedade. Eu me sentia desestabilizando essa lógica.

Assim, vi na terapia um espaço seguro para revisitar essas emoções, vontades e percepções. Aos poucos a não-binariedade passou a fazer cada vez mais sentido para mim, para o que eu acredito e defendo, para como eu quero ser e ser visto. Em meados de 2021 me coloco como Nate (“o” Nate) e me vejo passando pela chamada “transição de gênero”, comunicando ao mundo quem eu sou. Me entender pessoa não-binária reverbera inevitavelmente na escrita da dissertação, me faz questionar meu tema, meu objeto, meus caminhos teórico-metodológicos e, principalmente, minhas motivações em continuar pesquisando. Agora deixo de pertencer ao meu objeto de estudo e passo a não me ver mais representado em minha pesquisa.

Questionar as formas de comunicação tem sido um ponto de reflexão importante em meio às muitas transições que estou vivendo. Nesse sentido, faço um esforço ao longo da escrita deste trabalho de utilizar a linguagem neutra, ainda que a língua portuguesa seja repleta de limitações da binariedade. Historicamente, movimentos de pessoas trans já vem mostrando que é um equívoco utilizar o “@” e o “x” na tentativa de deixar a comunicação mais inclusiva. O correto e inclusivo é o uso de vogais “e” e “u” na flexão das palavras. Uma alternativa é visar termos que por si só não demarquem gênero. Assim, por vezes, utilizo a flexão com as vogais e em outros momentos recorro ao termo “pessoas” para ressaltar a inclusão de sujeitos que costumam não se sentir representados na linguagem normativa acadêmica.

A opção por centrar minha pesquisa na área da saúde explica-se, primeiro, por ser um campo muito antigo de reivindicações do movimento lésbico brasileiro, datam ainda da época de sua gênese, na década de 1990³, e que, no entanto, tiveram pouquíssimas

³ A primeira forma de organização de mulheres lésbicas no Brasil se deu no interior do Grupo SOMOS, pela fundação do subgrupo intitulado Lésbico-Feminista (LF), na cidade de São Paulo, em 1979. O grupo SOMOS, composto majoritariamente de homens gays, foi conhecido por marcar a fase de politização do chamado “movimento homossexual” brasileiro (GREEN, 2000). Percebemos, no entanto, que somente em

respostas e avanços. Em segundo lugar, ainda é na saúde que se localizam as principais políticas públicas voltadas à população LGBTQIAP+ e, nesse contexto, lésbicas, assim como bissexuais, há muito tempo sofrem processos de invisibilidade e violência. Tendo em vista essa invisibilidade, é difícil e limitado o acesso às informações sobre saúde lésbica, já que se compararmos a outros segmentos da sigla, ainda há poucos estudos sobre as especificidades dessas sujeitas. Ainda, a relevância de se pesquisar a realidade de mulheres lésbicas se dá devido à invisibilidade histórica dessas mulheres e suas demandas em ambos os movimentos LGBTQIAP+ e feministas.

Essa pesquisa também é um apelo ao nosso campo de formação, do Serviço Social. Mirla Cisne e Silvana Santos (2018) explicam que as temáticas sobre gênero, sexualidade e raça enfrentaram sérias resistências históricas entre essa categoria profissional, que custou em acreditar na relevância destes debates. Ainda hoje existem disputas teóricas em torno dessas questões, fato que assinala a importância de levantarmos essas bandeiras. Mesmo que tenha se passado mais de uma década desde o lançamento da primeira campanha pela livre orientação e expressão sexual, organizada pelo Conjunto CFESS-CRESS, ainda é comum encontrarmos assistentes sociais alheios a essa discussão ou, pior, conservadores e moralistas. Nesse sentido, gostaríamos de pontuar uma lacuna no campo do Serviço Social no que se refere ao debate das lesbianidades. Um dos elementos que indicam uma possível incipiência é a existência de apenas 2 (duas) monografias sobre o tema “lésbicas” no Departamento do curso de Serviço Social da UnB. A mais antiga, do ano de 2013, intitulada “*A heteronormatividade em dispositivos visuais: Análise de campanhas governamentais de sexualidade para mulheres lésbicas*”; e a minha, que apresentei em 2018, sob o título “*A (in)visibilidade das políticas públicas de saúde para mulheres lésbicas*”, localizadas em pesquisa breve via Biblioteca Digital da Produção Intelectual Discente da Universidade de Brasília (BDM).

Outro dado importante que denuncia esse hiato nos estudos das lesbianidades é a existência de apenas 4 (quatro) dissertações de mestrado sobre o tema da diversidade sexual, dentre as 174 que podem ser encontradas no acervo do Programa de Pós-Graduação em Política Social, no Repositório Institucional da UnB (RIUnB), produzidas no período de 1995 a 2021. Dentre elas, nenhuma se dedica às vivências de mulheres

meados da década de 1990 que o movimento de mulheres lésbicas, mais forte e articulado, consegue se organizar em grupos e se disseminar em ONGs.

lésbicas.

É imprescindível ressaltar, inclusive, a relevância de se pesquisar as temáticas de gênero e sexualidades na atual conjuntura política e social que se encontra o Brasil. De fato, o recrudescimento de forças e projetos conservadores representam grave retrocesso para o país frente às perdas e cortes de direitos sociais conquistados arduamente. Os grupos historicamente marginalizados, dentre eles mulheres, LGBTQIAP+ e população negra, lutam por sua sobrevivência diante do moralismo e ódio pregados por um projeto de governo de elementos fascistas que ameaça o Estado democrático brasileiro. Nesse sentido, a academia é um espaço privilegiado de produção de conhecimento crítico, que precisa ser responsável e comprometido com o coletivo, a sociedade.

A pesquisa realizada pelo projeto “Lesbocídio: as histórias que ninguém conta”⁴, que objetiva resgatar as memórias e vidas de lésbicas vítimas de lesbocídio no Brasil, consegue comprovar que, de fato, há uma negligência, tanto por parte do Estado quanto da sociedade civil, na garantia dos direitos básicos de lésbicas, principalmente as racializadas e pobres. As pesquisadoras elencaram os seguintes direitos que se encontram comprometidos: o direito à vida digna; ao amadurecimento, ao florescimento e às fases da vida; ao espaço; à segurança ou à territorialidade política do corpo; aos espaços públicos, à propriedade e à habitação; à sociabilidade; à justiça e à memória; e, acima de tudo, à existência (SOARES & PERES, 2017).

Diante disso, formulei a seguinte hipótese de pesquisa:

O acesso de mulheres lésbicas do DF ao Sistema Único de Saúde é precarizado, uma vez que sofrem discriminação pela sua orientação sexual, a maioria dos profissionais não estão qualificados para atuar com questões de diversidade sexual e de gênero e a atenção à saúde se dá nos moldes heteronormativos.

Para tal, a investigação tem como objetivo geral analisar o acesso e a utilização da atenção primária à saúde de mulheres lésbicas do Distrito Federal, discutindo a equidade no acesso à saúde e, como objetivos específicos: 1) Debater o conceito de *equidade em saúde* e a sua importância para a garantia do acesso universal à saúde; 2)

⁴ Pesquisa produzida pelo Núcleo de Inclusão Social – NIS e pelo Nós: dissidências feministas, dois projetos vinculados à UFRJ que trabalham com questões de gênero e sexualidade. Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/fontes-e-pesquisas/wp-content/uploads/sites/3/2018/04/Dossi%C3%AA-sobre-lesboc%C3%ADdio-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 18/10/2018.

Mapear o percurso de mulheres lésbicas no SUS, em relação a demandas e obstáculos enfrentados; e 3) Realizar debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos e vinculação com os serviços de saúde sob a ótica das lesbianidades.

Método e procedimentos metodológicos

A metodologia, conforme aponta Maria Minayo (2015), representa “as concepções teóricas da abordagem, articulando-as com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade”. Assim, a metodologia extrapola o simples conjunto de técnicas e instrumentais operativos, e reúne ainda os elementos da teoria e criatividade do pesquisador.

Entendemos que o método Materialista Histórico-Dialético contribui para a apreensão dos fenômenos e relações sociais em sua totalidade, de forma histórica e dialética, superando a imediatividade e as aparências. A perspectiva dialética permite uma compreensão crítica da história, dos processos de determinações socioeconômicas e das complexidades das relações sociais de produção e dominação (MINAYO, 2015). Além disso, esse método possibilita que os sujeitos sejam vistos como seres sociais, frutos dos processos que compõem a realidade, por meio do entendimento de que as relações sociais estão inseridas numa perspectiva de totalidade social (KONDER, 2008).

O método de Marx não consiste em conjunto de regras formais aplicadas a certo objeto, pelo contrário, o objeto em sua estrutura e dinâmica que ditam os caminhos do pesquisador. As múltiplas determinações do objeto são extraídas a partir de perspectiva específica tomada pela pessoa que está pesquisando, conforme se avança nos estudos. (NETTO, 2011).

No entanto, diante de alguns limites na compreensão de fenômenos relacionados a sexualidade, por exemplo, também recorri a referências dos campos do feminismo negro, bem como dos estudos da teoria *queer*, de forma que houvesse um diálogo entre as categorias teóricas que utilizo e nossos argumentos.

Do feminismo negro, optamos pelo resgate da interseccionalidade como categoria importante para a compreensão da multiplicidade de discriminações oriundas dos sistemas capitalista, racista e cis-heteronormativo. Seu uso também é estratégico para a formulação de políticas equitativas, uma vez que contribui ao entendimento das

realidades diversas e múltiplas, sem que haja nenhuma espécie de hierarquia na forma de enxergar os grupos sociais e as opressões vivenciadas por eles.

A teoria *queer* esteve presente principalmente nas discussões acerca de corpo, identidade de gênero e transexualidade. Nesta pesquisa nos serviram de norte principalmente as leituras de Guacira Lopes Louro, Judith Butler e Paul Preciado.

Utilizarei para o entendimento de saúde a perspectiva cidadã garantida pela Constituição Federal de 1988, defendida pelo histórico movimento de Reforma Sanitária brasileiro, que leva em conta a totalidade do ser social, inclusive das suas múltiplas facetas e subjetividades. Esta compreensão é central para o desenvolvimento deste trabalho, pois a saúde deve ser vista como produto de determinações sociais diversas como, por exemplo, trabalho, moradia, renda, alimentação, raça, gênero e sexualidade.

Neste trabalho, a pesquisa foi realizada de forma qualitativa, tendo em vista o seu potencial de análise das peculiaridades de casos concretos em suas características locais e temporais (FLICK, 2009).

Para fundamentar o debate desta pesquisa realizei levantamento documental de artigos, dissertações e teses, a partir das palavras-chave: “saúde”, “lésbica”, “homossexualidade feminina” e “LGBT”.

Realizei entrevistas semiestruturadas com mulheres que se autodefiniam como lésbicas e que já haviam buscado o Sistema Único de Saúde no Distrito Federal. Estes depoimentos foram colhidos via *online*, levando em consideração o contexto de pandemia de Coronavírus (COVID-19), e seus relatos foram gravados mediante autorização da entrevistada. Ao todo, seis (06) mulheres se voluntariaram a participar da pesquisa, sendo que as duas (02) primeiras entrevistadas já faziam parte do meu convívio. Entrei em contato com as demais entrevistadas a partir da técnica Bola de Neve, em que uma pessoa indica outra e assim sucessivamente. Todas tiveram acesso e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como tomaram conhecimento dos cuidados éticos da condução do estudo e dos seus principais objetivos.

Importante dizer que o projeto desta pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil no dia 23/06/2020. Logo no início da tramitação, na fase do *checklist* de documentos, o projeto foi rejeitado devido a um erro no cronograma, mais especificamente na etapa de coleta de dados. Feitos os ajustes necessários, o projeto seguiu para o Comitê de Ética e

Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. foi encaminhado ao parecerista e aprovado no dia 17/09/2020.

Para a análise dos dados, utilizei o modelo de análise de conteúdo difundida por Bardin (2006), que propõe a criação de códigos e o agrupamento de informações para o levantamento de temas e subtemas. Mais especificamente, optei por me basear na sistematização da Análise Temática (AT), proposto por Silva e Fossá (2013) e Souza (2019) que preconiza a categorização do material analisado em temas e subtemas relevantes ao objeto e objetivos desta pesquisa. Os grandes temas encontrados são: acesso aos serviços de saúde; obstáculos e dificuldades nos cuidados em saúde; e equidade em saúde lésbica.

A análise de conteúdo pode ser compreendida como um “conjunto de instrumentos metodológicos, em constante aperfeiçoamento, que se presta a analisar diferentes fontes de conteúdo (verbais ou não-verbais)” (SILVA e FOSSÁ, 2013, p.3). Mais especificamente, adotamos a modalidade de análise temática (AT), que propõe que o material analisado seja classificado por temas ou categorias que auxiliem na compreensão do que foi dito (SILVA e FOSSÁ, 2013).

CAPÍTULO 1 – Políticas de Promoção da Equidade e o direito a saúde

A saúde como um direito de todos, demarcada pela Constituição Federal de 1988, é fruto de uma série de lutas e disputas históricas de diversos projetos distintos e antagônicos que ainda se mostram nos dias de hoje. Desde essa época, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem passando por sucessivos ataques em decorrência das frentes neoliberais que ganharam força ainda na contrarreforma do Estado brasileiro, realizada pelo governo Fernando Henrique Cardoso (BEHRING, 2003).

Tais medidas neoliberais, que consistem num recuo do papel do Estado, na diminuição e no corte de direitos da classe trabalhadora, no maior incentivo ao mercado e políticas sociais focalizadas, foram vistas também nos governos seguintes do Partido dos Trabalhadores (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018).

Desde o processo do golpe de 2016, com a tomada de poder pelo então vice-presidente Michel Temer, vemos um crescente nas medidas de contrarreforma, que impactam e se refletem diretamente também no campo da saúde. São elas: Trabalhista, da Previdência Social, da Terceirização e do Novo Regime Fiscal (Emenda Constitucional 95, que congela por 20 anos o orçamento das políticas sociais). Os setores conservadores alinhados a classe dominante se utilizam da falsa ideia do desequilíbrio das contas públicas estar relacionada aos gastos com políticas sociais, de forma a disseminarem uma suposta necessidade do Estado recuar e reduzir direitos (BRAVO, PELAEZ e PINHEIRO, 2018). A eleição de Jair Bolsonaro à presidência em 2018 vem reafirmar e dar continuidade aos princípios neoliberais de governo, a partir do incentivo e defesa da privatização, pelo subsídio público a instituições e serviços privados de saúde, bem como pela criação de leis que instituem Fundações Públicas de Direito Privado, as Organizações Sociais, as Oscips, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as parcerias público-privadas (BRAVO e PELAEZ, 2020)

Diante desse cenário, neste capítulo levantamos algumas discussões sobre conceituações, marcos legais e históricos relevantes ao entendimento das lutas no campo da saúde no Brasil. Nos debruçamos também em categorias chave para se pensar a garantia de um acesso universal a todos.

Apontamentos iniciais sobre Saúde

A saúde é um campo permeado de disputas e conflitos, caracterizada como um dos debates mais relevantes da sociedade contemporânea. Há bastante tempo, uma série de conhecimentos e tecnologias têm sido produzidas para o entendimento dos processos biológicos e sociais acerca da doença e da saúde (CARVALHO e BUSS, 2008).

Não há um consenso a respeito dos conceitos de saúde e doença. De início, as ciências médicas tendiam a explicar as doenças a partir de uma causa única, um fator determinante para cada patologia. Esta tendência “se fortaleceu com a descoberta dos micro-organismos, eles explicariam a tuberculose, a cólera, a febre amarela etc.” (CAMPOS, 2006, p.138). Mais recentemente, com o avanço da genética, a explicação unicausal da doença foi retomada, centralizando nos genes os motivos de comportamentos, sexualidade, câncer, dentre outros (CAMPOS, 2006).

A sociedade e a ciência sempre se confrontaram com inúmeros fatores no percurso da compreensão e intervenção nos processos saúde e doença. Estes fatores eram os mais diversos: físicos ou metafísicos, naturais ou sociais, individuais ou coletivos (CARVALHO e BUSS, 2008). Os autores reafirmam o explicitado por Campos (2006), no que se refere às diversas correntes teóricas da origem da doença, isto é, predominava

Ora uma visão ontológica da doença (doença como uma ‘entidade’ que se apossava do corpo), ora uma visão funcionalista (doença como um desequilíbrio interno ou externo ao corpo). Ao longo da história e dos sucessivos modelos de civilização, combinaram-se de forma variada esses diversos conceitos, em consonância com os padrões vigentes de conhecimento e organização social. Diversas tipologias e periodizações podem ser adotadas, dependendo do aspecto que se quer enfatizar (CARVALHO; BUSS; 2008, p. 142).

Conforme é possível percebermos, a produção científica sobre saúde não se deu de forma simples. Estes processos foram complexos e não-lineares. A partir do século XIX, as teorias de ênfase multicausal da origem das doenças, e seus variados determinantes, são resgatadas, continuando a se perpetuar também no século XX. Vasconcelos e Baltar (2014) ressaltam que antes da Segunda Guerra Mundial ainda não existia um conceito de saúde universalmente aceito. A partir da fundação do Sistema Organização das Nações Unidas (ONU) e da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 7 de abril de 1948, entrou em vigor a seguinte concepção de saúde: “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou

enfermidade” (OMS, 1948, s.p., tradução nossa)⁵. Apesar da repercussão e do destaque alcançados à época por esta definição de saúde da OMS, movimentos sociais vêm sinalizando o caráter simplista e abstrato da mesma. Nesse sentido, tomar como balizador um suposto estado de bem-estar como referência de saúde significa apreender a realidade social como única, de forma individualista e idealizada, sem levar em conta a dinamicidade da vida e a diversidade de sujeitos.

Ainda em 1948, a saúde aparece inserida no importante documento da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)⁶, em seu Artigo 25

1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (DUDH, 1948, s.p.).

Apesar de agora estar relacionada a outros elementos, tais como alimentação e alojamento, que integram um modelo ideal, a saúde está mais uma vez associada a uma noção de bem-estar. Embora a responsabilização do Estado em garantir a saúde seja reforçada na DUDH como um direito de todas as pessoas, vemos que continua a se perpetuar neste documento uma visão utópica de saúde.

Por outro lado, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada na cidade de Brasília em 1986, importante marco na história das conferências, foi a primeira conferência a contar com a participação popular e decisiva para que novos debates e paradigmas da política de saúde pudessem ser levados à CF de 1988 (BRASIL, 2019). Estamos falando principalmente da noção do conceito ampliado de saúde, da saúde como direito de todos e de responsabilidade do Estado, da criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) e da participação e controle social. Assim, com a promulgação da nova Constituição Federal, a saúde aparece atribuída no Capítulo II, o da Seguridade Social, especificamente na Seção II, do Art. 196 ao Art. 200 (BRASIL, 1988).

Pereira (2009) observa que neste período havia uma disputa de interesses perpassando a regulamentação da saúde, que deveria ter ocorrido no ano seguinte da promulgação da CF, mas que aconteceu só em 1990, por meio da Lei 8.080/90, a

⁵ “*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*”. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>. Acesso em 05/01/2020.

⁶ Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso em 05/01/2020.

conhecida Lei Orgânica da Saúde. A autora explica que existiam conflitos entre dois blocos antagônicos: de um lado, grupos privados empresariais de prestação de serviços e da indústria farmacêutica e, de outro lado, os defensores dos ideais da Reforma Sanitária. Fora isso, cabe lembrar ainda que a década de 1990 foi marcada pelo fortalecimento de projetos neoliberais conservadores, que visam garantir a expansão dos lucros do capital, em detrimento dos gastos sociais e políticas públicas. Logo, pensar e defender uma saúde pública e de direito de todos consistia, e ainda consiste, em árduo desafio.

Indo de encontro à lógica neoliberal do mercado, a Lei Orgânica da Saúde vem reafirmar o papel do Estado na garantia de todas as condições para o acesso a saúde. No entanto, existem algumas brechas na composição da LOS que abrem espaço para a iniciativa privada como, por exemplo, no segundo parágrafo do art. 2º: “O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das *empresas* e da sociedade” (BRASIL, 1990, s.p., grifo nosso). O mesmo acontece no art. 4º, que trata sobre o Sistema Único de Saúde: “§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar” (BRASIL, 1990, s.p.). Estes são trechos que demarcam algumas das contradições da referida lei, porém, é importante lembrar que representam as disputas de distintos interesses e projetos da época. Estas contradições são ressaltadas por Telma Menicucci (2006), professora e pesquisadora da Fundação José Pinheiro, que relata que a implementação do SUS é um processo de muitas ambiguidades, avanços e desafios.

Nesse sentido, ressaltamos que dizem respeito aos cuidados em saúde os riscos de doenças e outros agravos e, além disso, há uma nova perspectiva de saúde, sob a ótica da promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990). Esse conceito ampliado de saúde é percebido ainda no art. 3º da Lei:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990, s.p., grifo nosso)

O reconhecimento de que a saúde extrapola os limites da ausência de doenças, de uma noção exclusivamente biológica de entendimento, foi bastante significativa por romper com um modelo positivista de cuidado à saúde. A compreensão dos inúmeros níveis de saúde é um marco que destaca o aspecto social, dinâmico e coletivo desse campo. Isto é, que a realidade, além de complexa e múltipla, interfere de maneiras diferentes na vida dos sujeitos, que por si só também são diversos e, portanto, demandam necessidades variadas nos cuidados em saúde.

Outra categoria que dialoga com essa perspectiva coletiva e social dos processos de saúde-doença é a da determinação social da saúde. Patrícia Rocha e Helena David (2015) ressaltam que, dentre as tradições que estudam esse conceito, estão a medicina social latino-americana, a saúde coletiva no Brasil e o movimento de promoção à saúde no Canadá. Em síntese, o referencial teórico baseado na determinação social da doença entende que

Os fatores econômicos (renda, emprego e organização de produção) podem interferir positiva ou negativamente na saúde de grupos populacionais; que os ambientes de convivência e de trabalho podem gerar efeitos mais ou menos lesivos à saúde das pessoas; e que a cultura e os valores também podem interferir ampliando ou restringindo as possibilidades de saúde das pessoas, pelo valor que se atribui à vida, reconhecimento de cidadania, concepção de saúde, e forma como cada povo lida com as diferenças de gênero, de etnia e até mesmo econômicas (ROCHA & DAVID, 2015, s.p.)

Assim, percebemos que nessa abordagem há um destaque na relação entre o social e o biológico, além do aspecto da coletividade, como já foi dito, e do sentido histórico-social do processo saúde-doença. A base marxista da determinação social da doença defende que tais processos sejam compreendidos por meio de mediações dinâmicas entre a realidade fragmentada e a totalidade social. Ainda, é importante notarmos que essa ótica ultrapassa quaisquer relações simplistas de causalidade, não se restringindo a mera comparação empírica entre as condições de saúde e os fatores sociais (ROCHA e DAVID, 2015).

No Brasil, o rompimento da visão reducionista dos processos de saúde-doença tem sido possível por meio do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (CAMPOS, 2006).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

Para esta dissertação, consideramos essencial o debate a respeito do significado do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Notamos que boa parte do que entendemos como Política de Saúde brasileira contemporânea foi desdobramento das lutas e processos políticos engendrados pela RSB. Nesse sentido, buscaremos situar aqui alguns dos elementos centrais desse movimento histórico, como forma de reconhecimento dos seus impactos e contribuições à sociedade brasileira.⁷

O Movimento da Reforma Sanitária foi não só ousado, por se articular e pensar a democratização da saúde em plena ditadura militar, como também teve caráter

⁷ Não é nosso propósito aprofundar o debate sobre a história da RSB, pelos limites deste trabalho e da nossa competência.

revolucionário por reivindicar uma mudança do “todo”. Nesse sentido, a Reforma Sanitária diz respeito a questões ideológicas, políticas e culturais (PAIM, 2009).

Destaca-se que antes da CF/1988, a saúde era vista em três dimensões. Estas eram: (i) saúde como área do saber, (ii) saúde como setor produtivo e (iii) saúde como estado da vida. Vejamos brevemente como cada uma delas era entendida.

A saúde como área do saber era baseada no conhecimento médico voltado para a proteção, reabilitação e promoção da saúde. De forma geral, o objetivo era de intervir em doenças e evitar mortes e outras sequelas. Parte dela dependia da atuação da saúde pública, vinculada ao Ministério da Saúde, e da atuação profissional de assistentes sociais, fisioterapeutas, psiquiatras, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais (PAIM, 2009).

Já o setor produtivo da saúde era bastante amplo e abarcava:

medicina liberal com médicos e dentistas em consultórios particulares; medicina previdenciária com hospitais públicos e Postos de Assistência Médica (PAM) do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, após 1977, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Delegacias Regionais de Trabalho (DRT) e FUNDACENTRO, Delegacias Federais de Saúde, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), programas especiais do Ministério da Saúde, unidades sanitárias e mistas da Fundação SESP, centros e postos de saúde de secretarias estaduais e municipais, além das vigilâncias epidemiológica e sanitária centralizadas e separadas. Paralelamente, havia estruturas ligadas à medicina de grupo, cooperativas médicas, seguros-saúde, laboratórios, clínicas e hospitais privados, universitários, beneficentes e filantrópicos. A produção de vacinas e medicamentos era bastante restrita, concentrada em poucas empresas estatais e com dependência externa das multinacionais (PAIM, 2007, p.28).

Por último, a saúde como estado vital dizia respeito aos indicadores de mortalidade, doenças infecciosas e acidentes de trabalho da população. Por meio destes indicadores já era possível perceber à época o surgimento de novos agravos à saúde, como por exemplo as próprias desigualdades regionais (PAIM, 2009).

Jairnilson Paim (2009) enfatiza, nesse sentido, que o Movimento da Reforma Sanitária foi inicialmente concebido como uma *ideia*, um “pensamento inicial”, muito voltada a criticar os limites da Medicina Preventiva, buscando também alternativas para a crise no campo da saúde.

Ao se debruçar sobre o RSB em sua tese de doutorado, Paim apresenta o processo da Reforma Sanitária como um ciclo, pensado com finalidade unicamente analítica. O autor explica que, de fato, o ciclo *ideia-proposta-projeto-movimento-processo* acontece de forma dialética e imbricada, pois “o *movimento* gera o *projeto* e desencadeia o *processo* e este condiciona o próprio *movimento*” (PAIM, 2007, p. 28).

Carmen Teixeira (2008), professora atuante na saúde pública, nos explica que o Movimento surgiu como uma crítica ao modelo hegemônico da prática médica e da atenção hospitalocêntrica, ainda no período da ditadura militar brasileira. Este movimento foi constituído, principalmente, pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), por setores da esquerda, sindicatos, trabalhadores da saúde e movimentos populares.

A pesquisadora e médica sanitária Sarah Escorel, em seu livro “Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário”, relata que suas bases foram construídas no meio acadêmico, por meio da articulação de estudantes e professores dos departamentos de medicina preventiva de algumas faculdades. Este período foi marcado por uma disputa de escolas teóricas e pelo questionamento dos modelos clássicos positivistas e funcionalistas do enfoque da saúde. A nova proposta, pautada no marxismo e na abordagem materialista histórica-dialética, passou a considerar o aspecto político e social da saúde. Assim, a partir desse processo de revisão teórica e metodológica, a sociedade, e não mais o indivíduo, se constitui como novo objeto de estudo e tem origem no campo da saúde coletiva (ESCOREL, 2009).

Conforme o Brasil rompia com o funcionalismo norte-americano, simultaneamente se aproximava cada vez mais da medicina social inglesa, do estruturalismo francês e da sociologia política italiana

Essa teoria social da medicina tinha como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Esse conjunto de conceitos, a partir da abordagem marxista da problemática da saúde, iria constituir uma nova teoria na qual, ao contrário do que ocorre no discurso preventivista, o social não é mitificado, reduzido ou simplificado, e sim investigado, principalmente em seus aspectos econômicos e de processo de trabalho, na procura da determinação dos fenômenos (ESCOREL, 2009, p.29).

Notamos que a ampliação do olhar voltado ao campo da saúde, agora evidentemente com sentido mais crítico, levando em consideração aspectos políticos e sociais do coletivo e das classes, foi fundamental para a organização e fortalecimento do movimento sanitário. Sua força e articulação extrapolaram os limites das disputas teóricas e chegaram às lutas pela transformação social e pela democratização do país (ESCOREL, 2009).

Potyara Pereira (2009) reitera a importância do MRS na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Assembleia Nacional Constituinte, realizada no ano seguinte. Dentre os ideais defendidos pelo movimento, podemos destacar:

Concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado; acesso universal e igualitário às ações e serviços; relevância pública política; comprometimento do Estado com a sua regulamentação, fiscalização e controle; integração das ações compondo um sistema único de atendimento; descentralização das

decisões e ações da esfera federal de governo para a estadual e municipal, com comando único em cada esfera; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade na formulação e no controle da política (PEREIRA, 2009, p. 40)

Ressaltamos, nesse sentido, o caráter inovador da política de saúde foi conquistada na Constituição Federal brasileira de 1988. De fato, a própria garantia do Sistema de Seguridade Social⁸ pode ser considerado um avanço no que se refere ao campo da proteção social no Brasil. Isso porque, pela primeira vez, as políticas da previdência social, da saúde e da assistência social foram vistas pela lógica do direito social e da desmercadorização (PEREIRA, 2009).

Equidade em saúde e implementação de políticas específicas

O lançamento da Carta de Ottawa marca a primeira vez que se discutiu o termo equidade em saúde, no ano de 1986, no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS). Neste movimento, Viana, Fausto e Lima (2003) explicam que essa mesma instituição criou o “Saúde para todos no ano 2000”, um conjunto de estratégias voltado a promoção de ações em saúde que dessem conta das necessidades de todos, sem distinção de gênero, raça, idade, e outras condições socioeconômicas e culturais.

Desde então, percebemos que o debate em torno dessa categoria se expandiu consideravelmente, por isso encontramos vasta literatura, nos mais diversos campos teóricos, no campo da equidade. De fato, trata-se de uma discussão complexa, tendo em vista suas contradições, desafios e disputas. Nesse sentido, procuramos nesta seção traçar algumas reflexões e sentidos da equidade em saúde, sem a pretensão de esgotar este debate.

A noção de equidade em saúde foi trabalhada pela primeira vez por Margaret Whitehead (1985), atualmente professora especialista em saúde pública da Universidade de Liverpool. A pesquisadora associa as iniquidades em saúde ao campo da justiça social, definindo-as como “diferenças desnecessárias e evitáveis, simultaneamente injustas e indesejáveis”. Por seu pioneirismo, essa concepção é bastante deflagrada, ainda considerada uma das referências do debate. A autora explica que é comum haver uma

⁸ Segundo o Artigo 194 da Constituição Federal de 1988, “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Disponível em: <https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_194_.asp>. Acesso em: 21/08/2019.

confusão quando se fala sobre equidade, uma vez que há o campo do nível e da qualidade da saúde dos diferentes grupos populacionais, e há o campo da prestação e distribuição dos serviços de saúde, sendo importante estabelecer uma distinção entre ambos (WHITEHEAD, 1985).

Fernando Barros e Maria Sousa (2016) ressaltam que há inúmeras correntes de pensamento permeando este campo e que nenhuma delas é homogênea o suficiente para entender de que forma a noção de equidade se aplica ao SUS e às suas políticas públicas. Embora haja uma disputa de perspectivas, os autores explicam que as principais dimensões comportadas numa análise sob a ótica da equidade são: “a oferta (recursos humanos e capacidade instalada); o acesso e utilização de serviços; o financiamento (despesa pública e familiar); a qualidade da atenção; a situação de saúde e as condições de vida da população” (BARROS e SOUSA, 2016, p.16).

No entendimento de quais diferenças em saúde são injustas ou não, evitáveis ou não, é essencial considerar de qual sociedade partimos e do período histórico. Isso porque existe um senso ético e moral que perpassa as inequidades em saúde, assim como padrões que determinam quais diferenças são consideradas inequidades ou não, variáveis dependendo do contexto societário e da época que vivemos (WHITEHEAD, 1985).

Em consonância a este pensamento, Gastão Campos afirma

É importante reconstituir a rede de relações na qual estaria inscrito o termo equidade. O sentido e o significado do termo equidade se modificam conforme o sistema de valores, a concepção de organização social e mesmo de desenvolvimento econômico e social a que cada discurso se refere (CAMPOS, 2006, p.5).

Situar de onde parte o entendimento de equidade é por si só um complexificador do seu uso e aplicabilidade quando pensamos na realidade objetiva e contraditória. O autor resalta que é necessário um rigor na operacionalização dessa categoria, que precisa estar alinhada, para além da organização social, à política em si e à sua gestão. A partir dessa perspectiva, Campos entende que outros critérios devem estar associados à noção de equidade, de forma que seja possível avaliar o que é prioritário ou não, quais são as necessidades e quais devem ser atendidas.

Retomando à perspectiva de Whitehead (1985), percebemos certo apelo a uma noção liberal, ou talvez utópica, da equidade em saúde, que pressupõe igualdade de oportunidades a todos, sem que houvesse nenhum tipo de desvantagem a nenhum grupo social no acesso a saúde. Embora a autora reconheça que muitas disparidades sejam de

ordem involuntária, em decorrência das inúmeras determinações de saúde, é incoerente que países como o Brasil utilizem como parâmetro de equidade a busca pela igualdade de oportunidades.

Notamos que na contemporaneidade o conceito de equidade tem sido usado mais associado aos direitos de pessoas em situação de violação de direitos e, por conseguinte, vem ressaltando também as diferenças no que se refere a cidadania. A partir de então, vemos progressivamente um destaque cada vez maior da noção de equidade em detrimento da noção de igualdade. Podemos dizer que o uso da categoria equidade leva em consideração a diversidade de pessoas e de suas necessidades, pressupondo o princípio da distribuição heterogênea de bens e serviços (SCOREL, 2008).

Neste trabalho, consideramos de extrema importância destacar a ideia da não-discriminação na equidade em saúde, um princípio que foi pensado inicialmente para a superação da discriminação por raça/etnia, mas que, com o passar do tempo, tem incorporado também outras diferenças como religião, gênero e sexualidade. Nesse sentido, é necessário, ainda, lembrar que as iniquidades em saúde vão além da simples hierarquia econômica das classes sociais e abrangem outras determinações (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

Como já mencionamos anteriormente, há um vasto debate que perpassa a noção da equidade em saúde. Para o desenvolvimento da presente pesquisa, é central o entendimento de Ana Maria Costa e Tatiana Lionço, que definem o sentido de equidade em saúde como a “capacidade de reconhecimento das diferenças e singularidades do outro e oferecimento de ações de saúde pertinentes a estas necessidades” (COSTA; LIONÇO, 2006, p.53). As autoras ressaltam a importância da adoção de estratégias diversas que assegurem o direito a saúde universal, principalmente para pessoas em situação de violência e violação de direitos, conforme o preconizado pela Constituição Federal de 1988.

No entanto, na pesquisa realizada por Costa e Lionço (2006), as autoras percebem que historicamente o conceito de equidade não tem sido utilizado como ferramenta de uma ética prática capaz de orientar a formulação e implementação de ações políticas que visem garantir o direito a saúde. Segundo elas, a noção de equidade na saúde está permeada por uma impotência, que seria sanada não só por meio da produção de conhecimento acerca da equidade e das iniquidades em saúde, mas fundamentalmente por políticas públicas que tocassem no sentido originário da equidade.

Entendemos que pensar na utilização prática da equidade em saúde, partindo do reconhecimento das necessidades de sujeitos, implica questionar quem são essas pessoas, em identificá-las como pessoas cidadãs de direitos, legitimando suas existências e suas histórias. Nesse sentido, reiteramos o raciocínio de Campos (2006)

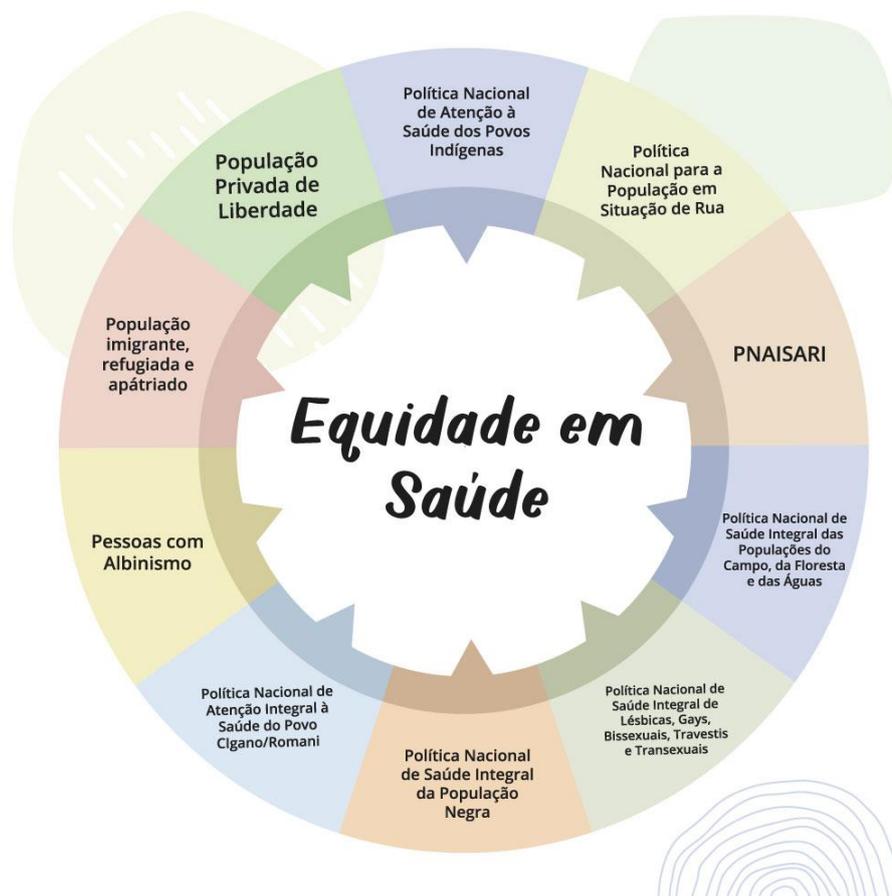
A construção da equidade depende de processos políticos e não apenas de controle avaliativo de recorte tecnocrático; ou seja, é necessário cuidar da equidade não somente mediante avaliações *ex post*, mas também mediante intervenções *a priori* dos agentes sociais; e de que esses agentes sociais necessitam de processos amplos de educação, de informação e de interação para que logrem capacitar-se para o exercício dessa espécie de regulação social - muito delicada para ficar a cargo somente dos políticos profissionais ou de especialistas tendentes a reproduzir lógicas corporativas (CAMPOS, 2006, p.9).

A autonomia destes sujeitos alvos de políticas de equidade também é um ponto relevante nesse processo de regulação social, que por sua vez faz parte da operacionalização dessas políticas. A participação desses agentes sociais é favorecida em contextos democráticos, quando existe a possibilidade de interlocução entre sociedade civil e Estado, conforme afirma Campos (2006).

É bastante significativo perceber ao longo dos anos, conforme o avanço dos movimentos sociais, a conquista do reconhecimento de suas necessidades por parte do Estado. A noção de equidade, já presente na Constituição Federal e na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, tem sido aplicada na formulação e execução de políticas sociais voltadas às especificidades de certos grupos, com o objetivo de tornar o SUS mais equitativo.

No Brasil, tais políticas pensadas para as necessidades de grupos específicos são reunidas pelo Ministério de Saúde no rol das chamadas Políticas de Promoção de Equidade em Saúde. Podemos visualizar no *site* do Ministério da Saúde, na seção da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), o seguinte infográfico:

Figura 1 – Infográfico sobre Equidade em Saúde



Fonte: *site* do Ministério da Saúde, 2021⁹.

Neste trabalho, ressaltamos a particularidade da saúde de mulheres lésbicas, grupo ao qual as políticas e ações de promoção de equidade constituem-se essenciais para a universalização do acesso a saúde. Haja vista as suas necessidades específicas e agravos à saúde oriundos da lesbofobia, é fundamental que sejam trabalhadas “estratégias de acolhimento e atenção específicas, de acordo com as particularidades dos sujeitos que buscam os serviços de saúde” (LIONÇO, 2008, p. 19). Entretanto, conforme aponta a ativista e pesquisadora Tatiana Lionço

A saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, é, no entanto, um ideal, sendo a realidade brasileira atravessada por iniquidades que devem ser combatidas com ações que proponham reverter quadros de exclusão e da violação de direitos humanos fundamentais, na perspectiva da promoção da equidade para distintos grupos sociais. (LIONÇO, 2008, p. 11.)

A autora afirma que, com o intuito de se obter a universalidade do acesso a saúde, é necessária a formulação de políticas públicas especializadas, voltadas às populações

⁹ Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/equidade>>. Acesso em: 01/10/2021.

vulneráveis, como por exemplo a de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, *queer*, intersexo, assexuais, pansexuais e outros sujeites (LGBTQIAP+).

Essas políticas são fruto de alguns processos históricos, segundo Sandra Siqueira, Eliane Hollanda e José Motta (2016), como o desenvolvimento de movimentos sociais e a democratização pós fim da ditadura militar, bem como o esforço do próprio governo federal de consolidar os direitos humanos e universalizar serviços a grupos em situação de violência e violação de direitos. Nesse sentido, a aprovação dos Planos Nacionais de Direitos Humanos (PNDHs) no Governo Fernando Henrique Cardoso podem ser considerados conquistas relevantes da época.

Recentemente tivemos mudanças importantes no organograma do Ministério da Saúde. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), que era o órgão responsável por coordenar as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, foi extinta, a partir da assinatura do Decreto 9.795 de 17 de maio de 2019, pelo presidente Jair Bolsonaro, o ministro da Economia Paulo Guedes e o então ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta.

A SGEP foi criada em 2003 no Governo Lula e tinha diversas atribuições tais como:

Coordenar ações de auditoria, ouvidoria e promoção da equidade no SUS, bem como apoiar os mecanismos de controle social e participação popular, como os conselhos e as Conferências de Saúde (...) também financiou algumas iniciativas de formação no âmbito do SUS, como o Curso de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), coordenado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Concluído em 2018, o curso formou mais de 9,5 mil agentes comunitários de saúde (ACS), agentes de combate às endemias (ACE), conselheiros de saúde, militantes de movimentos sociais e lideranças comunitárias em 15 estados (ANTUNES, 2019, n.p.)

Essa mudança é bastante simbólica, não se trata de simples reorganização da estrutura do Ministério da Saúde. É significativo que exatamente o órgão representativo do controle e participação social tenha sido extinto, e que tais atribuições não apareçam realocadas no novo organograma.

Essa extinção não aconteceu sozinha, de forma pontual. Um mês antes, houve a assinatura do Decreto 9.759, que “extinguiu instâncias de participação e controle social vinculadas ao governo federal e revogou o decreto que instituiu a Política Nacional de Participação Social (PNPS) em 2014” (ANTUNES, 2019, n.p.). Os dois decretos representam retrocessos que impactam profundamente a articulação e organização social como um todo, visto que diminuiu drasticamente o número de instâncias de deliberação

e construção coletiva de demandas, espaços importantes de participação social, como conselhos, comitês, comissões, grupos, juntas, fóruns, dentre outros¹⁰. Podemos dizer que essas são mudanças que tem como objetivo desmobilizar e fragilizar ainda mais a ação de movimentos sociais, sem falar nos novos desafios que são impostos a uma realidade já tão complexa para a implementação de ações e visibilidade de demandas destes movimentos.

Cabe ressaltarmos que a equidade faz parte dos princípios que constituem o SUS, assim como a universalidade e a integralidade. No entanto, observando as legislações da saúde – Constituição Federal e leis complementares, a equidade aparece na verdade como um sinônimo de igualdade. O artigo 7º da lei 8.080 afirma como um dos seus princípios: “IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;” (BRASIL, 1990).

A interseccionalidade como ferramenta teórica e metodológica

O termo interseccionalidade frequentemente aparece atrelado a estudiosa afro-estadunidense Kimberlé Crenshaw, que ficou conhecida por ter difundido esta categoria ao publicar seu artigo “*Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*”, em 1989. No entanto, é importante lembrarmos, conforme Collins (2017), que décadas antes intelectuais e movimentos sociais já discutiam as injustiças sociais a partir de perspectivas interseccionais.

Podemos dizer que o conceito da interseccionalidade é fruto das críticas das feministas negras que não se viam representadas no feminismo branco, nem no movimento antirracista, tendo em vista o silenciamento e apagamento de suas vivências e reivindicações em ambos os espaços. A categoria contribui ao entendimento da indissociabilidade das diversas opressões de raça, gênero e classe. Em síntese,

A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado – produtores de avenidas identitárias onde mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais (AKOTIRENE, 2018, p.14).

¹⁰ Decreto 9.759, de 11 de abril de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm>. Acesso em: 01/10/2021

Um dos mais conhecidos precursores desse debate é o Coletivo Combahee River (CCR), formado por um grupo de mulheres negras de Boston. Em sua publicação de 1995 “*A Black Feminist Statement*”, as ativistas argumentavam que analisar somente a dimensão de raça, ou de gênero, seria um equívoco, pois os sistemas de opressão funcionam de forma interconectada. Sendo assim, uma vez que “racismo, exploração de classe, patriarcado e homofobia, coletivamente, moldavam a experiência de mulher negra, a libertação das mulheres negras exigia uma resposta que abarcasse os múltiplos sistemas de opressão” (COLLINS, 2017, p. 8).

Patricia Hill Collins (2017) ressalta que havia uma diversidade de mulheres debatendo e produzindo acerca da interseccionalidade nos EUA, eram elas: latinas, indígenas e asiáticas. Um exemplo é Gloria Anzaldua e seu trabalho “*Borderlands/La Frontera*”, que foi fundamental para incorporar ao campo da interseccionalidade as análises e estudos sobre noções fronteiriças. No Brasil, também temos importantes contribuições das intelectuais negras Sueli Carneiro, Beatriz Nascimento e Lélia Gonzalez, que em seus estudos analisaram as expressões do racismo e do sexismo brasileiros, pontuando críticas fundamentais ao Movimento Feminista Brasileiro (CARNEIRO, 2003).

Neste trabalho, o olhar interseccional acerca das relações sociais é pertinente e necessário, uma vez que mulheres lésbicas também são “atingidas pelo cruzamento das avenidas identitárias” produzidas pela nossa sociabilidade opressora, especialmente quando são negras, pobres, gordas, moradoras de regiões periféricas e não performam os símbolos atribuídos à feminilidade imposta às mulheres. Entendemos que quanto mais intersecções “cruzam” as vidas dessas sujeitas, maior a probabilidade de sofrerem discriminações.

No entanto, é importante ressaltar que a análise feminista negra interseccional não consiste em simples soma de identidades. Trata-se na verdade de uma recusa a qualquer tipo de aforismo hierarquizante ou comparativo, em que o apelo às identidades é útil à explicitação de suas marcações e ao entendimento das condições estruturantes que atravessam estes corpos (AKOTIRENE, 2018).

CAPÍTULO 2 – Lesbianidades e Saúde

Desde a sua organização política, em meados de 1980, o então chamado Movimento Homossexual vem se modificando e se reestruturando a partir da crescente autonomia e visibilidade que seus sujeitos conquistaram ao longo destes mais de 40 anos de história. Acreditamos que existe uma relação dinâmica e complexa envolvendo a constituição deste movimento, por isso é imprescindível ressaltarmos seu caráter não-homogêneo, bem como lembrarmos de seus momentos de cooperação e conflito (FACCHINI & FRANÇA, 2009).

A sigla que representa nosso movimento é um ponto sensível da nossa história e da nossa luta. Percebemos uma trajetória não linear e ausência de consenso nas formas de denominar estas pessoas: desde Movimento Homossexual, a GLS (“gays, lésbicas e simpatizantes”), passando por GLT (“gays, lésbicas e travestis”) e GLBT (“gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros”), até a instituição mais recente de LGBT (“lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros”). É importante ressaltarmos que a última deliberação sobre a sigla, em interlocução com o Estado, determinou LGBT como forma de visibilizar mulheres lésbicas. Esta mudança se deu durante a histórica I Conferência Nacional LGBT, ocorrida em Brasília em 2008 (FACCHINI & FRANÇA, 2009).

No entanto, ainda hoje, não existe consenso no que se refere a sigla “oficial” do movimento, pelo contrário, vemos a coexistência de variações das formas de denominar a diversidade sexual e de gênero, principalmente por conta da inclusão de novos caracteres à “sopa de letrinhas”. Assim, neste trabalho optamos pelo uso da sigla LGBTQIAP+, em que L representa lésbicas; G, gays; B, bissexuais; T, pessoas travestis, transexuais e transgêneros; Q, pessoas *queer*; I, pessoas intersexo; A, pessoas do espectro assexual; P, pansexuais; e o símbolo + é estratégico, indicando a infinidade de vivências que podem não se sentir contempladas pela sigla.

Esta escolha se deu motivada pelo significado histórico e político de cada uma das sexualidades e identidades representadas na sigla. Acreditamos que quanto maior ela for, maior a visibilidade dos sujeitos e maior a força do nosso movimento. São inúmeras as tentativas, vindas inclusive de alguns setores da esquerda brasileira, de hostilizar e subalternizar nossa nomenclatura, e repudiamos todas elas. A todo momento querem nos convencer de que nossa sigla é complexa, exagerada e que não passa de uma invenção de “militância de *internet*”, porém, ressaltamos, nossa sigla é história, é luta e é orgulho.

Mulheres lésbicas vem se articulando politicamente como um movimento desde a década de 1970 no Brasil. A primeira forma de organização lésbica de que se tem história surgiu no interior do Grupo SOMOS – Grupo de Afirmação Homossexual, de São Paulo. Em 1979 foi fundado o Grupo Lésbico Feminista (LF), que atuava como um subgrupo político e independente frente a centralidade masculina do SOMOS.

Dentre as principais ações do LF, podemos destacar: a discussão sobre machismo e feminismo no SOMOS, grupo de acolhimento e afirmação específico para lésbicas e a busca por alianças com o movimento feminista. Já neste período, as ativistas lésbicas não eram respeitadas nos movimentos feministas, que se recusavam a visibilizar o debate acerca das lesbianidades nos Congressos e Encontros Feministas (FERNANDES, 2018).

Segundo a ativista lésbica Marisa Fernandes, “o movimento de lésbicas feministas surgiu com um discurso em torno do direito ao prazer, ao desejo sexual dissidente, à liberdade e pelo direito de ser respeitada por ser mulher e por ser lésbica” (FERNANDES, 2018, p.118). Notamos, com o passar dos anos, a crescente pluralidade da luta de lésbicas, que hoje se organizam em muitas frentes, por diversas bandeiras, visando prioritariamente a conquista de direitos. Ainda existem obstáculos e desafios na busca por visibilidade, tanto nos movimentos feministas quanto no meio LGBTQIAP+.

Neste capítulo daremos continuidade ao debate do direito à saúde, articulando esta discussão ao campo da diversidade sexual e de gênero. Nosso principal objetivo é contribuir com os estudos que visibilizem o acesso, as demandas e os desafios enfrentados por mulheres lésbicas nos serviços do Sistema Único de Saúde.

Sexo, gênero e sexualidade

Para falarmos sobre as noções de sexo, gênero e sexualidade precisamos, inicialmente, situar de que período histórico falamos e de que sociedade partimos. Sistemas de crenças, os paradigmas, valores e ideais do imaginário social e as formas de controle e regulação dos sujeitos se modificam histórica e culturalmente, estando sempre em constante disputa. Este é um dos caros pressupostos dos debates que se propõem a analisar e entender a diversidade humana e suas nuances.

Em muitas sociedades, a divisão entre masculino/feminino é vista como primordial e, frequentemente, relacionada ao corpo que, por sua vez, carrega inúmeras “marcas”, conforme provocação de Guacira Lopes Louro (2016)

Diz-se que corpos carregam marcas. Poderíamos, então, perguntar: onde elas se inscrevem? Na pele, nos pelos, nas formas, nos traços, nos gestos? O que elas “dizem” dos corpos? Que significam? São tangíveis, palpáveis, físicas? Exibem-se facilmente, a espera de serem reconhecidas? Ou se insinuam, sugerindo, qualificando, nomeando? Há corpos “não marcados”? Elas, as marcas, existem, de fato? Ou são uma invenção do olhar do outro? (LOURO, 2016, p.77)

Podemos dizer que as chamadas “marcas”, que todos carregamos, são em síntese características específicas de cada sujeito e expressam a diversidade da nossa sociedade. No entanto, essa diversidade é considerada um problema diante dos modelos vigentes de ser, que como aponta a autora, são inventados pelo “olhar do outro”, com a finalidade de hierarquizar, enquadrar, subordinar, explorar e oprimir (LOURO, 2016).

Outro ponto central da nossa compreensão sobre diversidade sexual e de gênero leva em conta a desnaturalização do que conhecemos hoje como homem/mulher, hétero/homo, cis/trans e termos afins. Como afirma Paul Preciado, importante filósofo dos estudos da teoria *queer* e de gênero, “o sexo e a sexualidade não são propriedades essenciais do sujeito, mas antes o produto de diversas tecnologias sociais e discursivas, de práticas políticas de gestão da verdade e da vida” (PRECIADO, 2020, p. 141). Podemos citar como exemplos de tecnologias de regulação: a linguagem e a escrita, os modelos de feminilidade e masculinidade e os próprios hormônios. Para o autor, não é possível nem mesmo afirmar a existência de células ditas masculinas e femininas, pois, segundo ele, masculino e feminino já são conceitos da biopolítica (PRECIADO, 2006).

Historicamente, as noções de sexo e gênero costumam ser perpassadas por discussões calorosas, no âmbito acadêmico e fora dele, envolvendo intelectuais e movimentos que se dedicam a estudá-las sob as mais diversas perspectivas. Não é nosso objetivo traçar uma revisão bibliográfica destes conceitos no presente trabalho, tendo em vista a complexidade da proposta e os limites de espaço e tempo. No entanto, para fins didáticos e teórico metodológicos do desenvolvimento desta pesquisa, entendemos a importância de se debater e destacar alguns dos sentidos destas categorias.

Por vezes, a distinção entre sexo e gênero se explicava a partir da oposição biologia *versus* cultura. Isto é, sexo morfológicamente constituído e determinado de forma cromossômica, anatômica e hormonal, fixa e natural, e gênero, reflexo de sexo, porém sujeito a construções culturais. A suposta imutabilidade biológica do sexo já foi questionada e os avanços teóricos argumentam que “talvez o próprio construto chamado ‘sexo’ seja tão culturalmente construído quanto o gênero” (BUTLER, 2017, p.27). O que socialmente é colocado como “natural”, na verdade, trata-se de discursos, projetos, ideias

e valores produzidos cientificamente, legitimados e perpetuados com base em interesses políticos e sociais (BUTLER, 2017).

Na nossa sociedade moderna ocidental, temos ainda forte imposição e determinismo biológico, que delimita um caminho, uma espécie de ordem compulsória a ser seguida. Sexo define gênero, que define sexualidade – ou desejo, que por sua vez define práticas sexuais (BUTLER, 2017). Entender a falsa neutralidade que se propõe a noção de sexo, desnaturalizando-a, nos permite ultrapassar o binarismo de corpos e expressões, a partir da compreensão de que corpos “masculinos” nem sempre serão de homens, corpos “femininos” nem sempre serão de mulheres e, ainda, que há outras possibilidades para além do ser-homem e do ser-mulher. De fato, quando falamos sobre diversidade sexual e de gênero, nos remetemos a conhecida sigla LGBTQIAP+, que por si só não representa o quão diversas são as identidades e sexualidades existentes. Pensando em contextualizar melhor nossas discussões, vejamos alguns termos importantes.

Entendemos por binarismo de gênero a lógica que dita o ser-homem e o ser-mulher como as duas únicas possibilidades de existir em sociedade. Dentro dessa norma, homens são masculinos e mulheres femininas, sendo suas genitálias correspondentes a cada um de seus gêneros (BLAIR, 2018). O binarismo está presente em várias esferas e dimensões sociais, visto que muito das nossas relações giram em torno dele. Um exemplo simples é a grande expectativa social a respeito do momento da “descoberta do sexo do bebê”, que quando revelado, gera comoção e mais expectativas e idealizações acerca da vida da criança que ainda nem nasceu.

O ser-homem e o ser-mulher são o que Judith Butler, em *Problemas de Gênero*, chama de identidades de gênero inteligíveis. Essa inteligibilidade decorre de uma certa coerência oriunda de normas de gênero em que, a partir da heterossexualidade, há uma “produção de oposições discriminadas e assimétricas entre ‘feminino’ e ‘masculino’, em que estes são compreendidos como atributos expressivos de ‘macho’ e ‘fêmea’” (BUTLER, 2017, p.44). Em outras palavras, identidades inteligíveis são aquelas que correspondem ao binarismo de gênero, em que o sexo “direciona” gênero e sexualidade. Esse “direcionamento” tem caráter fundamentalmente normatizador e político, pois falar de identidades e gêneros inteligíveis implica que certas formas de existir sejam “não-inteligíveis”, como “meras falhas do desenvolvimento ou impossibilidades lógicas, precisamente por não se conformarem às normas de inteligibilidade cultural” (BUTLER, 2017, p.44).

A partir do entendimento de binarismo, cabe então falarmos rapidamente sobre a categoria gênero. O acúmulo teórico e o trabalho de intelectuais nos permite observarmos que, em suas origens, o debate de gênero limitou-se por certo tempo a dizer sobre as vivências de mulheres cis, heterossexuais, brancas, de classe média, magras e sem deficiência. A esta sujeita que ocupa lugar privilegiado, Letícia Nascimento (2021) dá o nome de “mulher original do feminismo”, como forma de sintetizar e representar a perspectiva hegemônica do feminismo universalizante da época. Já no campo da literatura científica, o psicólogo John Money ficou conhecido pelo surgimento da categoria gênero. Em meio a um caso¹¹ clínico complexo na década de 1950, Money buscou desvincular o corpo biológico do papel social de ser-homem e ser-mulher (NASCIMENTO, 2021).

Mais tarde, conforme os estudos avançaram, tivemos a importante contribuição de Gayle Rubin (2017), com o lançamento de seu texto “Tráfico de Mulheres”, em 1975. A pesquisadora também propôs desnaturalizar o sentido de sexo, deixando-o como aspecto biológico e defendendo gênero como parte da dimensão cultural. Embora não tenha questionado a construção de tal aspecto biológico, Rubin se destacou ao afirmar a existência de um “sistema sexo/gênero”, que representa uma “série de arranjos por meio dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana” (p.11), sendo estes arranjos baseados “no gênero, na heterossexualidade compulsória e na imposição de restrições à sexualidade feminina” (RUBIN, 2017, p.31). Segundo a autora, gênero não só cria homens e mulheres, como os cria heterossexuais, implicando que o desejo sexual se dirija necessariamente ao outro sexo.

A adoção da categoria gênero nos espaços acadêmicos e feministas aos poucos questionou a ideia universal do ser-mulher, visto que se percebeu que as opressões vivenciadas por mulheres são distintas e variadas conforme a sociedade. Depois de Rubin, os estudos continuaram avançando graças ao pensamento de intelectuais tais como Joan Scott, Monique Wittig, Lélia Gonzales, Angela Davis, Donna Haraway e inúmeras outras. (NASCIMENTO, 2021).

No entanto, embora seja considerável o progresso das discussões de gênero, Nascimento propõe a seguinte crítica relevante:

Várias feministas seguem repetindo a ladainha ‘sexo é biológico e gênero é cultural’. Se essa relação binária de dividir biologia e cultura é útil para explicar que a opressão é produzida socialmente e não é algo natural, tal

¹¹ Ver *Não se nasce homem*, de Mariza Corrêa. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/942_926_naosenascehomem.pdf. Acesso em: 01/05/2021.

binarismo mantém o sexo como uma verdade que determina nossos corpos (NASCIMENTO, 2017, p. 40)

A autora argumenta, e reiteramos sua crítica, que precisamos superar discursos essencialistas que ainda persistem em muitos espaços feministas e fora deles. A noção de gênero tem grande potencial para romper não só com a lógica binarista “sexo *versus* gênero” e “natureza *versus* cultura”, como com as ditas “verdades” impostas pela dimensão biológica.

O debate de gênero também implica pensarmos sobre a identidade dos sujeitos e seus processos de reconhecimento e pertencimento. Conforme discutimos acima, o sexo ainda é determinante na constituição dos gêneros legitimados por nossa sociedade ocidental. Nesse sentido, a identidade de pessoas não trans¹², isto é, pessoas cisgêneras – ou simplesmente cis¹³, *aparenta* ser construída de forma natural e unilateral (NASCIMENTO, 2021). A esta perspectiva de construção essencialista dos gêneros, damos o nome de cisgeneridade. Isto porque, pessoas cisgêneras não costumam questionar o que as fazem mulher ou homem, mesmo que muitas vezes não vejam sentido em certos estereótipos e papéis de gênero. Ainda assim, corpos e vivências cis são interpretadas como verdadeiros, enquanto as transgeneridades, por outro lado, estão no campo do artificial. O conceito de cisgeneridade é uma provocação, para que pessoas cis percebam que “seus gêneros são tão artificiais e produzidos quanto o de pessoas trans” (NASCIMENTO, 2021, p.97).

Por vezes, observamos que para facilitar a compreensão do senso comum, acaba sendo predominante o entendimento de que sujeitos cisgêneros são aqueles que se identificam com o gênero que lhes foi designado ao nascimento. No entanto, compartilhamos da crítica da transativista e poetisa Yuretta Sant’Anna (2017), de que

Ninguém se identifica totalmente com esse amontoado de informações que caracterizam as figuras sociais vigentes (homem e mulher), até porque se narrar a partir disso seria reafirmar essas organizações, quando o que buscamos e fazemos é justamente contestá-las (SANT’ANNA, 2017, n.p.).

Nesse sentido, reiteramos o pensamento de Sant’anna: “cisgênero é o sujeito que tem sua identidade de gênero respeitada e legitimada pela sociedade e Estado desde o nascimento” (SANT’ANNA, 2017, n.p.). Neste trabalho, consideramos estratégico e necessário o conceito de cisgeneridade, não só pelo questionamento dos privilégios de

¹² Utilizamos o termo trans como forma de incluir todas as identidades da letra T (travestis, homens e mulheres trans, pessoas não-binárias)

¹³ Para uma reflexão mais aprofundada a respeito dos termos cis e trans, ver “O cis pelo trans”, de Amara Moira Rodvalho. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/Ct6B9JMscBjgK4DZgjXQkgn/?lang=pt>>. Acesso em: 11/08/2021.

corpos entendidos dentro de uma perspectiva naturalizante e essencialista de gênero, como também pela crítica a esse CISTema¹⁴ que subalterniza identidades trans (NASCIMENTO, 2021).

Heterossexualidade e a existência lésbica

Embora a heterossexualidade seja um sistema presente de forma tão compulsória em nossa sociedade ocidental, é importante nos atentarmos que esse padrão normativo nem sempre existiu nos moldes como o conhecemos hoje. Os registros históricos nos mostram que, nos Estados Unidos, a própria palavra *heterossexual* foi utilizada pela primeira vez somente no ano de 1892, num artigo de medicina, pelo Dr. James G. Kiernan. A partir de “A Invenção da Heterossexualidade”, livro publicado em 1995 por Jonathan Ned Katz, podemos entender que, sim, a heterossexualidade foi inventada, instituída e normalizada. No entanto, muito pouco se discute sobre esse processo, visto que o questionamento e a contestação frequentemente concentram-se no *anormal*, no *outro*, no *diferente* (KATZ, 1996).

Segundo Katz (1996), a definição de *heterossexual* para o Dr. Kiernan era relacionada ao interesse desta pessoa por dois gêneros diferentes, sendo considerada por ele um dos tipos de “manifestação anormal do apetite sexual”. De acordo com Kiernan, “heterossexuais sentiam a chamada atração física masculina por mulheres e a chamada atração física feminina por homens” (KATZ, 1996, p.32). Neste período, havia dois modelos de moralidade sexual em disputa, sendo contestada a centralidade da reprodução. No primeiro modelo, instinto sexual estava diretamente associado ao desejo de procriar. Já no segundo padrão, o desejo erótico entre homens e mulheres existia sem necessariamente depender de uma possibilidade reprodutiva. Essa atração por dois gêneros era entendida como perversão, pois heterossexuais.

A sociedade heterossexual funciona baseada na noção do diferente/outro. É por meio do conceito de diferença – tida como simples questão ontológica – que a dominação é justificada. Inclusive, esse conceito perpassa também os âmbitos econômico, simbólico, linguístico e político, uma vez que sua função é de “ocultar a todos os níveis os conflitos de interesse, incluindo os ideológicos” (WITTIG, 1980, n.p.). Dessa forma, as categorias

¹⁴ Termo usado para evidenciar crítica ao sistema da cisnormatividade, bem como aos seus mecanismos de violência e opressão.

“homem” e “mulher”, por exemplo, corroboram com o domínio das mulheres pelos homens, visto que a linguagem está vinculada aos campos científicos e políticos. Os signos, tais como: imagens, filmes, fotos de revistas e pôsteres de publicidade também funcionam de forma a construir este discurso de dominação das mulheres (WITTIG, 1980).

As críticas à heterossexualidade vêm sendo pontuadas desde a década de 1960, sob as mais diversas óticas. Ochy Curiel (2013), antropóloga afro-dominicana, em “A Nação Heterossexual”, relaciona a concepção de família nuclear heterossexual e a de homem e mulher, destacando a urgência de se compreender a heterossexualidade de forma estrutural, articulada à Nação. A autora destaca ainda algumas contribuições de estudiosas do feminismo lésbico e, embora muitas delas também se reivindicuem feministas radicais, é necessário explicitarmos que discordamos desta perspectiva teórica e seus princípios, visto que corroboram com discursos trans excludentes, biologizantes essencialistas da categoria gênero.

Segundo Curiel (2013), uma das pioneiras na crítica à heterossexualidade foi Anne Koedt, feminista norte-americana, que escreveu *The Myth of the Vaginal Orgasm* (O Mito do Orgasmo Vaginal, em tradução literal) em 1968. Nesta obra Koedt crítica o caráter político da heterossexualidade, destacando suas implicações nas relações de reprodução e de prazer entre homens e mulheres. Já em 1972, a italiana Carla Lonzi entende a heterossexualidade como um dogma, em que as mulheres complementam os homens de forma “natural”. Em texto de 1975, intitulado *The normative status of heterosexuality* (O Status Normativo da Heterossexualidade, em tradução literal), o coletivo lésbico de Amsterdam *Purple September* vincula a feminilidade à heterossexualidade, questionando a centralidade masculina na vida das mulheres (CURIEL, 2013).

Adrienne Rich e Monique Wittig também são referências importantes nesse campo de estudos. Ambas as teóricas lésbicas feministas tiveram papel fundamental pois, a partir de releituras críticas, entenderam a sexualidade “no como prácticas sexuales, sino *producto de una institución y un régimen como lo es heterossexualidad*” (em tradução literal, “não como práticas sexuais, mas o produto de uma instituição e um regime como a heterossexualidade”; CURIEL, 2014, n.p., grifo nosso). Seus respectivos textos “Heterossexualidade compulsória e existência lésbica” e “O Pensamento Hétero”, ambos escritos em meados da década de 1980, são considerados marcos históricos de avanço do questionamento e da crítica não só da heterossexualidade, mas principalmente do

feminismo hegemônico da época, da invisibilidade das vivências de mulheres lésbicas nos espaços feministas, do silenciamento das violências sofridas por lésbicas racializadas e de seu apagamento nas produções acadêmicas (RICH, 2010; WITTIG, 1980).

Wittig denomina “pensamento hétero” tudo o que diz respeito a esse “universo” característico da heterossexualidade, como categorias filosóficas e políticas, teorias e ideias que, por seu caráter opressor, desenvolve “uma interpretação totalizante da história, da realidade social, da cultura, da linguagem e simultaneamente de todos os fenômenos subjetivos” (WITTIG, 1980, p.3). Nesse sentido, por meio da linguagem, os conceitos são produzidos de forma totalizante e carregam significados absolutos, forjando assim formas de “ser-homem” e “ser-mulher”. Por isso, para esta autora, o rompimento desse sistema opressor seria pelo caminho do discurso, com a negação das categorias de manutenção da heterossexualidade, tais como “homem” e “mulher”. É central na perspectiva da autora o uso dos conceitos de forma estratégica, uma crítica que fica evidentemente expressa ao afirmar que “lésbicas não são mulheres”, impactando os campos teóricos feministas (WITTIG, 1980).

O caráter obrigatório e inquestionável da heterossexualidade também foi alvo de críticas de Rich (2010), que almejava chamar a atenção não só de lésbicas, mas principalmente de feministas. Os apontamentos às feministas eram um esforço de provocá-las a romperem com a naturalização da sexualidade da mulher obrigatoriamente voltada aos homens. Além disso, a autora afirma que existe um atraso na produção teórica feminista, visto que a mesma, além de não exercer crítica da orientação sexual compulsória das mulheres, insiste em “tolerar” as lesbianidades, tratando-as simplesmente como um “estilo de vida alternativo”

A suposição de que “a maioria das mulheres são heterossexuais de modo inato” coloca-se como um obstáculo teórico e político para o feminismo. Permanece como uma suposição defensável, em parte porque a existência lésbica tem sido apagada da história ou catalogada como doença, em parte porque tem sido tratada como algo excepcional, mais do que intrínseco. (RICH, 2010, p.35)

Dessa forma, não se trata apenas da necessidade de questionar o padrão heterossexual, mas inclusive de visibilizar as existências lésbicas que há muito tempo são desconsideradas dos processos históricos. A perda teórica do feminismo se dá justamente por limitar as suas análises às chamadas “desigualdades de gênero”, sem, no entanto, investigar a fundo o fenômeno da instituição política da heterossexualidade. Assim, podemos dizer que as existências lésbicas são resistências: contra o suposto direito dos homens de acesso ao corpo das mulheres; contra as relações patriarcais de gênero; contra uma forma obrigatória de vida.

Gostaríamos de lembrar, conforme discutimos no capítulo 1, que as políticas específicas são essenciais a alguns grupos sociais e suas particularidades. População negra, indígena, mulheres, crianças, população idosa e LGBTQIAP+ são os sujeitos a quem se destinam as chamadas políticas de promoção da equidade, construídas e pensadas a partir do reconhecimento dos limites das políticas públicas universais. Pensando nestes limites e, a partir de forte pressão e participação social dos movimentos, foi possível a construção e instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT.

Vejamos a seguir algumas reflexões acerca dos entraves entre a dimensão da saúde e as vivências de sujeitas dissidentes sexuais e de gênero no Brasil.

Saúde e diversidade sexual e de gênero no Brasil

A população LGBTQIAP+ vem se organizando em muitas frentes na luta por direitos e políticas sociais. No Brasil, desde meados das décadas de 1970 e 1980, quando o então chamado “Movimento Homossexual” começou a se organizar politicamente, vemos as primeiras movimentações e aberturas governamentais em prol das demandas desta população. As primeiras ações do Estado pensadas para este grupo datam da insurgência da epidemia do HIV/Aids (DUARTE, 2014).

Cabe ressaltar, no entanto, que estas são histórias repletas de resistência. De fato, os enfrentamentos contra as diversas formas de opressão da sociedade e do Estado brasileiros são muito anteriores a esse período de abertura política pós ditadura militar. Conforme a intelectual Valdenízia Bento Peixoto (2018) apresenta em sua tese de doutorado “Violência contra LGBT no Brasil: a construção sócio-histórica do corpo abjeto com base em quatro homicídios”, o preconceito contra a diversidade sexual e de gênero se constitui como herança dos primórdios da nossa formação social. Pensando no corpo e seus sentidos, Peixoto ressalta que no período colonial escravocrata já havia padrões físicos, estéticos e comportamentais, sendo aqueles dissidentes destes modelos sujeitos considerados “anormais” e “desviantes”, perspectivas estas ancoradas e legitimadas pela medicina e polícia da época (PEIXOTO, 2018).

O período da ditadura militar também é conhecido pela perpetuação de um controle social. Tanto o Estado quanto a sociedade atuavam de forma repressora, repudiando com violência desde determinadas práticas sexuais até expressões de gênero e formas de existir. De acordo com Helena Vieira e Yuri Fraccaroli (2018), os governos autoritários da ditadura tinham “um ideal de povo e de corpo são”, porque eram alvos

principalmente os corpos que subvertiam aos códigos de moralidade, baseados numa masculinidade viril. Nesse sentido, as travestis estiveram na linha de frente, corajosamente expondo seus corpos e desafiando as inúmeras formas de regulação da época. Junto aos “transviados, cabeludos e mulheres da vida”, bêbados, usuários de drogas, intelectuais e artistas, as travestis e homossexuais entraram no rol daqueles considerados perturbadores da ordem social. Os autores ressaltam que havia muita influência de uma ideologia cristã, da família e da moral, legitimando processos de limpeza e higienização dos espaços públicos. “Rondões”, batidas policiais e ações de censura eram algumas das medidas utilizadas pelos governos para reprimir e regular estes sujeitos. A partir da leitura de relatórios da Comissão Nacional da Verdade (CNV), Vieira e Fraccaroli percebem como a ênfase era em construir uma imagem “ameaçadora” acerca das travestis:

(...) foram estabelecidas formas de medir o corpo das travestis, recolher suas imagens para averiguação a fim de determinar quão perigosas elas poderiam ser. O risco que ofereciam, nas palavras da Polícia, era de perverter e incentivar a juventude, além de propagar abomináveis práticas (VIEIRA & FRACCAROLI, 2018, p.365)

Não sera esmiuçado no trabalho os percursos históricos do que chamamos de movimento LGBTQIAP+ brasileiro. No entanto, entendemos que é importante a breve retomada de alguns elementos de um passado não tão distante, a fim de perceber e entender os processos dinâmicos e contraditórios da realidade.

Quando pensamos no aspecto da saúde, torna-se ainda mais relevante resgatar características que compõem o cotidiano e as vivências desses sujeitos. Conforme discutimos no capítulo anterior, a partir do conceito ampliado de saúde é possível compreender as diversas determinações e particularidades que podem incidir na dimensão da saúde. Este campo diz muito sobre a produção de nossa subjetividade, que por sua vez está intrinsecamente articulada ao processo saúde-doença (DUARTE, 2014).

A extensa bibliografia disponível, nos mais diversos enfoques e abordagens teórico-metodológicos, nos mostra que a medicina ao longo de vários anos investiu em classificar pessoas LGBTQIAP+ como portadoras de patologia mental e desvio de conduta sexual (CURIEL, 2014; PEIXOTO, 2018; DUARTE, 2014). Ainda que a homossexualidade tenha sido retirada da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde no ano de 1991, em muitos âmbitos e sentidos ainda se repercute o estigma e o viés de patologização direcionados a esses sujeitos, sobretudo à população T (homens e mulheres trans, travestis, não-binários e *queers*).

É ainda mais recente a retirada da transexualidade da lista de transtornos mentais do CID, decisão oficializada pela OMS em 2019, durante a 72º Assembleia Mundial de Saúde.

Principalmente, mas não só, em setores conservadores da sociedade, a diversidade sexual é criticada por não ser considerada “natural”. Sob essa perspectiva, sujeitos LGBTQIAP+ “precisam ser tratados e ‘curados’, como se houvesse algo a ser consertado, seja sua sexualidade, seja sua subjetividade” (DUARTE, 2014, n.p.). Em 2017, a Justiça Federal do Distrito Federal, a pedido de uma ação popular assinada por psicólogos defensores da terapia de reversão sexual, liberou a realização de atendimentos de “reorientação sexual” em todo o país¹⁵. A resolução 01/1999 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) proíbe esse tipo de tratamento, mas, ainda assim, o juiz Waldemar Cláudio de Carvalho acabou autorizando tal prática. O CFP recorreu e a Ministra Carmen Lúcia, do Supremo Tribunal Federal, suspendeu a decisão.

No ano de 2020, uma clínica de hipnose do Distrito Federal foi denunciada por promover tratamento para a “cura gay”¹⁶. No site do estabelecimento, era possível contratar o serviço de 20 sessões de hipnose para tratar depressão, “homossexualismo” (sic), emagrecimento e vícios, pelo valor de R\$ 29.990. A Polícia Civil e a Comissão de Defesa dos Direitos Humanos da Câmara Legislativa do DF seguem investigando o caso.

Estes dois acontecimentos nos servem de ilustração sobre o quanto ainda precisamos avançar na luta contra a patologização das vivências e identidades de LGBTQIAP+, visto que a disputa nesse campo permanece, fora as brechas e fragilidades dos sistemas e instituições. Nesse contexto, são muito relevantes os movimentos que pressionam pela formulação e execução de ações que verdadeiramente visem a atenção e cuidados em saúde dessa população, de forma integral e equitativa e, principalmente, que rompam com o viés patologizador da atenção.

O debate da saúde tem sido uma das principais pautas e reivindicações nesses mais de 40 anos de luta do movimento LGBTQIAP+ brasileiro. Desde o lançamento do Programa Nacional de DST/Aids, pelo Ministério da Saúde em 1986, percebemos alguns

¹⁵ Juiz federal do DF libera tratamento para 'cura gay' e diz que homossexualidade é doença. Disponível em: <<https://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/juiz-federal-do-df-libera-tratamento-de-homossexualidade-como-doenca.ghtml>>. Acesso em: 05/05/2021.

¹⁶ Polícia Civil investiga clínica de hipnose do DF que promete 'cura gay' em até seis meses; prática é proibida. Disponível em: <<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/11/09/policia-civil-investiga-clinica-de-hipnose-do-df-que-promete-cura-gay-em-ate-seis-meses-pratica-e-proibida.ghtml>>. Acesso em: 05/05/2021.

avanços conquistados nesse campo principalmente nas esferas dos poderes executivo e judiciário.

Dentre estes avanços, chamamos a atenção para a realização do Seminário Nacional de Saúde da População LGBT na Construção do SUS, em agosto de 2007; as Portarias nº 1.707/08, e nº 457/08, que instituíram e regulamentaram o Processo Transsexualizador no âmbito do SUS, mais tarde a Portaria nº 2.803/13 que o redefiniu e o ampliou; a revisão da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, visando a inclusão da orientação sexual e a identidade de gênero e o respeito ao uso do nome social no SUS, em 2009; a instituição da Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT, pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução CNS nº 410/09; a realização do I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT, em Brasília/DF no ano de 2013; e, mais recentemente, autorizado pelo Supremo Tribunal Federal no ano de 2018, o direito a retificação de nome e gênero por pessoas trans, sem a obrigatoriedade de cirurgia, decisão judicial, laudos médicos e psiquiátricos.

Gostaríamos de ressaltar nesse trabalho uma das conquistas mais significativas nessa dimensão da saúde: o lançamento da *Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Embora a Política tenha sido lançada no ano de 2012, começaram muito antes as mobilizações em prol da sua construção. De acordo com Lionço (2008), a formalização da necessidade de uma política que desse conta das especificidades da diversidade sexual e de gênero se deu em 2004, com a instituição do *Brasil Sem Homofobia (BSH) – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual*. Com o objetivo de “promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais” (CONSELHO, 2004, p.11), o BSH contou com uma série de diretrizes e ações nas mais diversas áreas, como educação, segurança, trabalho, cultura e saúde. As ações com foco no direito à saúde tratavam respectivamente sobre: a formalização do Comitê Técnico “Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”, responsável pela sistematização de uma política de saúde de LGBTQIAP+; o apoio à produção e ao acesso de conhecimento científico sobre saúde desta população; e apoio aos investimentos voltados a formação, capacitação e sensibilização de profissionais de saúde em temáticas da diversidade sexual e de gênero.

No entanto, estudos nos mostram que, ainda hoje, um dos principais desafios no que tange a população LGBTQIAP+ é a insuficiência de dados oficiais sobre este grupo específico, fato que dificulta a implementação da própria Política de Saúde LGBT e o planejamento de outras políticas públicas. Também persistem entraves relacionados a abordagens e atendimentos repletos de preconceito e discriminação por parte dos profissionais de saúde, realidade que reforça a necessidade de contínuo investimento em capacitações focadas num atendimento mais humanizado (PINTO et al., 2020; DUARTE, 2014).

No ano de 2007, um avanço significativo foi a deliberação, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, da inclusão dos quesitos orientação sexual e identidade de gênero nos sistemas de informação do SUS, de responsabilidade do Ministério da Saúde. Mais tarde, em 2014, tornou-se possível identificar casos de violência contra LGBTQIAP+, pois os campos de nome social, orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência foram incluídos na ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada (PINTO et al., 2020).

A pesquisa realizada por Pinto, et al (2020) ressalta o elemento da violência e seu impacto nas vivências de pessoas LGBTQIAP+. A violência, segundo as intelectuais, é “um fenômeno complexo, polissêmico e multifatorial, pode resultar em uma miríade de consequências à saúde física e mental da vítima” (PINTO et al, 2020, p.2). As pesquisadoras puderam identificar que houve cerca de 1 notificação por hora relacionada a LGBTQIAP+ no Brasil, a partir da extração dos dados sobre orientação sexual e identidade de gênero do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2015-2017. Os dados estão sujeitos à subnotificação visto que dizem respeito somente aos casos em que algum serviço de saúde foi acionado e a notificação foi realizada.

Percebemos que a violência se constitui como mais um elemento que influencia diretamente os processos de saúde-doença da diversidade sexual e de gênero, sobretudo no Brasil, um dos países que mais mata pessoas LGBTQIAP+¹⁷ no mundo. Nesse sentido, é importante lembrarmos que, desde a década de 1990, a partir da perspectiva da transversalidade, a violência constitui parte da agenda da área da saúde. Inclusive, a violência contra a mulher também já foi reconhecida como uma questão de saúde pública

¹⁷ Segundo a ONG Transgender Europe, o Brasil é o país que mais mata pessoas trans no mundo. Disponível em: < <https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/01/29/associacao-aponta-que-175-pessoas-transsexuais-foram-mortas-no-brasil-em-2020-e-denuncia-subnotificacao.ghtml>>. Acesso em 01/09/2021.

pela ONU, tendo em vista todos os processos sociais, culturais, políticos e econômicos que perpassam os contextos de violência (CORDEIRO, 2021).

Mais uma vez, ressaltamos que a subnotificação é um dos principais desafios ao combate da violência contra LGBTQIAP+ no Brasil. Quando o foco é a população de lésbicas, os dados são ainda mais incipientes. Perante a ação insuficiente do Estado, chamamos a atenção para algumas iniciativas relevantes que objetivam visibilizar a condição lésbica: o *Dossiê sobre lesbocídio no Brasil*, iniciativa do Grupo de Pesquisa Lesbocídio – As histórias que ninguém conta, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que resgata informações e histórias de lésbicas assassinadas no Brasil, visando a criação de um banco de dados de memória lésbica; e o *Lesbocenso Nacional*¹⁸, organizado pela Associação Lésbica feminista de Brasília Coturno de Vênus e pela Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) que, a partir da coleta de uma série de informações sobre autoidentificação, “busca alterar o cenário de subnotificações de crimes, violação de direitos e da falta de políticas públicas específicas para lésbicas e sapatão” (LESBOCENSO, 2021)

Lésbicas no SUS: demandas e obstáculos enfrentados

No que diz respeito ao grupo alvo deste trabalho, mulheres lésbicas, retomamos a importância da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Nesse campo, a referida Política é referência para a elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população LGBTQIAP+. Estados, municípios e o Distrito Federal devem levar em conta as estratégias do II Plano Operativo (2017-2019)¹⁹ da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Nesse sentido, entendemos que o documento contribui de diversas formas ao enfrentamento das iniquidades em saúde de mulheres lésbicas. Uma dessas contribuições se trata do reconhecimento de que as formas de discriminação e preconceito oriundas das homofobias – lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia – devem ser consideradas determinantes sociais de sofrimento e doença.

¹⁸ Disponível em: < <https://lesbocenso.com.br/>>. Acesso em: 10/09/2021.

¹⁹ Instituído pela Resolução do Ministério da Saúde nº 26, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/30/Resolucao-CIT-n---26.pdf>>. Acesso em: 20/10/2018.

A instituição da Política de Saúde LGBT também foi importante por denunciar alguns dados relevantes sobre as desigualdades na saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, inclusive. A partir do *Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade*, de autoria da Rede Feminista de Saúde, de 2006, alguns pontos são destacados como, por exemplo, a problemática da omissão da orientação sexual no atendimento médico e a baixa realização dos exames preventivos de câncer cérvico uterino.

Um dos desafios recorrentes é a ausência de uma abordagem direta para identificação da orientação sexual de mulheres lésbicas. Segundo Cordeiro (2021), essa identificação acaba ocorrendo a partir de características e símbolos típicos do gênero masculino, como cabelo curto, tipo de roupa e jeito de andar. Lésbicas que não correspondem a esse estereótipo são invisibilizadas, uma vez que não há um diálogo entre as usuárias e os trabalhadores da saúde.

Existem aparatos no SUS que, teoricamente, deveriam prepará-lo para que as necessidades de mulheres lésbicas fossem supridas. Enfatizamos os seguintes objetivos específicos da Política de Saúde LGBT:

XII - prevenir novos casos de *cânceres ginecológicos* (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao *tratamento qualificado*;

XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;

XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral (BRASIL, 2012, p. 21, grifo nosso).

Percebemos apelo ao aspecto ginecológico da saúde, porém considerando as especificidades de mulheres lésbicas cisgêneras, como uma forma de romper os mitos sobre os exames serem dispensáveis e sobre uma suposta “imunidade” das lésbicas às DST. A perspectiva transmitida é de que lésbicas também tem direito aos referidos exames e que precisam de tratamento qualificado.

Outro avanço da Política é a nomeação e as referências à lesbofobia. Essa denominação é uma forma importante de reconhecer as discriminações contra lésbicas e o caráter diferenciado desses fenômenos, que carregam elementos do machismo e do heterossexismo. Este conceito de lesbofobia é utilizado como forma de alerta para

qualquer tipo de negligência e preconceito da sociedade brasileira contra a condição lésbica (PERES; SOARES & DIAS, 2018).

Apesar dos inúmeros progressos conquistados pela Política, notamos que seu I Plano Operativo (2012-2015) apresenta lacunas quanto às especificidades de mulheres lésbicas. O objetivo do Plano consiste em apresentar estratégias tanto no âmbito federal, quanto no estadual e municipal de gestões, para que haja o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde da população LGBTQIAP+ para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2012). O Plano Operativo possui 4 eixos: Eixo 1 – Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; Eixo 2: Ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT; Eixo 3 - Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; Eixo 4 - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT. Dentre todas as estratégias e ações propostas nos 4 eixos, não existe nenhuma que trate propriamente das necessidades de mulheres lésbicas.

Notamos que desde a década de 1990 o movimento de mulheres lésbicas tem conseguido estabelecer diálogo com o Estado, que tem promovido ações como forma de atender as demandas desse movimento, principalmente pela via do Ministério da Saúde.

Segue tabela sintética do que foi possível localizarmos, em termos de ações em saúde lésbica, realizadas pelo Estado a partir de 1996, ano da primeira ação, até o momento do desenvolvimento do presente trabalho.

Quadro 1 – Ações em saúde lésbica

Ações em saúde lésbica realizadas pelo Estado (1996-2021)		
ANO	AÇÃO	FOCO
1996	Grupo Matricial, pelo Programa Nacional DST/Aids, vinculado ao Ministério da Saúde.	Encontros para a discussão da saúde de lésbicas, produção de pesquisas e capacitação de lideranças; elaboração de folhetos, cartilhas e vídeos sobre sexo seguro.
2004	Grupo de trabalho sobre a saúde da mulher lésbica, instituído pela Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM), do Ministério da Saúde	Espaço onde lideranças do movimento colocaram demandas relacionadas a prevenção de doenças e saúde mental.
2006	Projeto “Chegou a hora de cuidar da saúde”, do Ministério da Saúde.	Proposta de cartilha/manual educativo e capacitação de profissionais.

2013	Cartilha “Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social”, organizada pelo Ministério da Saúde	Destacar a importância da participação social na construção de políticas públicas.
2014	Oficina “Atenção Integral a Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”	Levantar e aprofundar conteúdo para produção de materiais destinados aos profissionais.
2015	Campanha “Cuidar da Saúde de Todos. Faz bem para a Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil”	Sensibilizar os trabalhadores, gestores e profissionais da saúde que atuam no SUS

Fonte: elaboração própria, monografia do pesquisador; 2018.

Essa breve síntese nos permite observar que as ações desenvolvidas, embora pensadas e construídas com a participação do movimento social, são de caráter pontual e fragmentado, e não têm conseguido dar conta das necessidades e cuidados em saúde desse grupo. Isso porque, analisando políticas públicas de saúde no Brasil, poucas contemplam saúde de mulheres lésbicas, sendo a maioria delas focada na saúde reprodutiva e heterossexual.

Táhcita Mizael (2021, p.329) chama a atenção para a recorrência da violência institucional, que acontece quando há o “fracasso das instituições de proverem atendimento e/ou serviço adequado para pessoas em função de alguma característica de um grupo populacional, como a cor/raça, a identidade de gênero ou a orientação sexual”. Nesse sentido, quando este tipo de violência é perpetuado contra mulheres lésbicas, podemos chamá-la de lesbofobia institucional (LI). A autora ressalta que existe todo um contexto institucional possibilitando a invisibilidade lésbica nos serviços de saúde, a partir de preconceitos, concepções errôneas e condutas discriminatórias.

Mizael argumenta que ainda se repercutem tanto entre lésbicas quanto entre profissionais de saúde uma concepção equivocada de que lésbicas não seriam vulneráveis à IST e AIDS. Há ainda um problema quanto a forma de notificação desses casos, visto que “não há, para fins de registro e critério epidemiológico, uma categoria de transmissão de HIV/Aids que seja ‘mulheres que fazem sexo com mulheres’” (PINTO, 2014, p.14). Inclusive, algo que impacta muito a saúde dessas sujeitas é a dificuldade de prevenção de infecções, já que o uso de camisinhas não é suficiente para a prática do sexo seguro.

Estes são aspectos que constituem o campo dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres lésbicas, que ainda não tem suas demandas devidamente consolidadas e

reconhecidas pelas ciências médicas. Vejamos a seguir um pouco mais sobre a realidade dessas sujeitas nesse debate.

Direitos sexuais e reprodutivos

Os direitos sexuais e reprodutivos, juntamente ao direito à vida, à alimentação, à moradia, à educação e ao afeto, compõem o rol dos Direitos Humanos fundamentais, reconhecidos nacional e internacionalmente por meio de leis, documentos e acordos. Como marcos internacionais importantes pertinentes a este campo, temos a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994; e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, no ano de 1995 (BRASIL, 2013).

No Brasil, as discussões sobre saúde sexual e reprodutiva foram marcadas pela criação e atuação da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, entre as décadas de 1980 e 1990. Neste período, com o fortalecimento de diversos movimentos sociais, dentre eles o movimento de mulheres e o movimento sanitário, pautas e discussões a respeito da autonomia, sexualidade e reprodução e direito sobre seus corpos impulsionaram a construção de políticas públicas voltadas à saúde da mulher (REZENDE, 2011).

É importante lembrarmos que no Brasil até a década de 1970, mulheres eram vistas meramente a partir da função de ser-mãe, sendo seus cuidados em saúde muito restritos a essa dimensão de procriar. Em 1983, graças aos esforços dos movimentos sociais citados acima, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e, a partir de então, uma nova ótica sobre saúde da mulher pôde ser gradualmente instituída (MEDEIROS & GUARESCHI, 2009).

Mais tarde, no ano de 2004, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Podemos destacar como principais contribuições do documento: a perspectiva de gênero; os princípios da integralidade e da promoção da saúde; a busca pela consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos; e a atenção às especificidades e necessidades de grupos historicamente alijados de políticas públicas. Nessa Política, não só as desigualdades estruturais entre homens e mulheres são levadas em conta, como também os diversos aspectos sociais, econômicos e culturais, constituintes do processo de determinação social da saúde. Marcadores de classe social,

raça e etnia, idade e orientação sexual também fazem parte do rol das desigualdades que comprometem o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Cabe ressaltarmos que a defesa pelos direitos sexuais e reprodutivos significa a possibilidade das mulheres de

Desfrutar do sexo, se assim o desejarem, independentemente de suas escolhas eróticas ou reprodutivas. Essa postura contrapõe-se à de subordinar a sexualidade à reprodução, de medicalizar a atividade sexual, tomando-a como mais um risco para aquisição de doenças, de gravidez indesejada, ou de normatizar o sexo com formulações sobre sexualidades ‘normais’ e ‘patológicas’ (VILLELA; ARILHA, 2003, p.137).

Falar em direitos sexuais, nesse sentido, implica considerarmos a dimensão da vida sexual de forma ampliada, reconhecendo não só a diversidade de expressões e orientações sexuais, como também a autonomia de cada sujeito sobre o uso de seu próprio corpo. Villela e Arilha (2003) explicam que a luta pela reivindicação dos direitos sexuais aconteceu a partir da articulação entre o movimento de mulheres e da diversidade sexual, à época chamado de movimento homossexual. Nesse contexto, os debates sobre a sexualidade das mulheres e seus direitos reprodutivos caminhavam juntos, visto que uma vida sexual livre e segura só seria possível desvinculada da obrigatoriedade de reproduzir.

Entendemos que o conceito de direitos sexuais e reprodutivos está, de fato, em constante expansão, com vistas a abarcar também as necessidades sociais que acabam por impedir uma real escolha sexual e reprodutiva para as mulheres ao redor do mundo (CORRÊA & PETCHESKY, 1996). Isso porque, “para que as decisões reprodutivas sejam realmente ‘livres’, e não compelidas pelas circunstâncias ou por desespero, é necessário que existam certas condições”, de aspectos tanto materiais, como, “transporte, creches, subsídios financeiros, serviços de saúde acessíveis” e de aspectos culturais e políticos, tais como “acesso à educação, renda, autoestima, e canais de tomada de decisão” (CORRÊA & PETCHESKY, 1996, p. 159)

Embora um dos pressupostos do livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos seja o respeito à diversidade e o entendimento das múltiplas formas de experienciar a vida sexual, ainda existem obstáculos para aqueles sujeitos que estão fora da cis-heteronormatividade. Quando pensamos nas vivências de mulheres lésbicas, por exemplo, o fator orientação sexual acaba sendo um forte marcador de desigualdade, que dificulta o acesso e a utilização de serviços de saúde, conforme discutimos ao longo deste capítulo.

CAPÍTULO 3 – O acesso de mulheres lésbicas a Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

Conforme nos aproximamos do campo de estudos lésbicos, ainda na graduação em Serviço Social, notamos a escassa produção de conhecimento a respeito das experiências de mulheres lésbicas nos serviços de saúde. No entanto, as poucas pesquisas existentes já alertavam para a situação de invisibilidade e precariedade de acesso e (ausência) de cuidados vivenciados por essas sujeitas. Mesmo que a reivindicação por melhores condições de saúde seja bastante antiga – vem da época da organização política dos movimentos lésbicos – ainda precisamos de muita articulação para garantir direitos básicos. Nesse sentido, este trabalho é um esforço de contribuir nessa luta por direitos e até mesmo na produção de dados, uma vez que os produzir é uma estratégia de quebra de ciclos de invisibilização e precarização. Nas palavras da transfeminista e mestre em antropologia social Brume Iazzetti, “a ausência de dados se associa historicamente à ausência de políticas públicas – ou mesmo, de sua possibilidade de formulação” (IAZZETTI, 2021, p.54). Mais adiante discutiremos sobre algumas iniciativas que visam impactar nessa produção de dados.

Antes de partirmos para os dados encontrados na pesquisa, é importante lembrarmos que a realidade da pandemia de COVID-19, um contexto tão desafiador e que se estende até o presente momento de escrita desta dissertação, impôs limites importantes na execução deste trabalho. Um destes limites foi a própria necessidade do isolamento social, medida essencial para conter a transmissão do coronavírus. Desde o princípio, tanto a etapa de busca por voluntárias, até a concretização das entrevistas, foi realizada de forma totalmente virtual. Sem dúvidas, as interações e conexões estabelecidas *online* diferem consideravelmente daquelas que trocamos *offline*. Entender as particularidades desse ambiente, a partir do manuseio das ferramentas e plataformas virtuais, e de como agir e abordar as pessoas envolvidas, foram questões que nos fizeram refletir ao longo das entrevistas.

Em partes, quando conversamos com as participantes, o contexto de pandemia e a necessidade do isolamento social já eram entendimentos bem consolidados entre a maior parte da população. Assim como a migração de atividades de trabalho, estudo e lazer, que passaram a acontecer em frente às telas. A dinâmica de nossas vidas se alterou drasticamente, assim como nossas relações sociais, fato que pode ter contribuído para que

não houvesse um estranhamento tão expressivo na condução de nossas entrevistas via plataforma virtual.

Entendemos que as entrevistas se constituem em um “processo contínuo de construção de subjetividades, e não apenas uma sequência de perguntas e respostas” (ROLLEMBERG, 2013, p.41). Assim, sabendo da dinamicidade e da complexidade que seria levar adiante essa proposta metodológica em um cenário pandêmico, resolvemos encará-la já cientes dos desafios que nos esperavam. Notamos, ainda, que a nossa imaturidade e inexperiência frente a esse tipo de pesquisa sem dúvidas também acarretaram limites no decorrer das etapas.

Caracterização da amostra e análise de dados

Ao todo, realizei (seis) 6 entrevistas e optei pela aplicação de um roteiro semiestruturado²⁰ para possibilitar um espaço de diálogo mais fluido entre as questões. O primeiro contato com a possível pessoa entrevistada se deu via *WhatsApp*, sendo as iniciais sujeitas que já conhecíamos previamente. As outras foram localizadas a partir da técnica Bola de Neve, em que uma pessoa indica outra e assim sucessivamente. Conversamos com mulheres que, embora demonstrassem interesse na pesquisa e vontade de participar, acabaram por não estarem disponíveis, seja por desmarcarem a entrevista já agendada, seja por não responderem ao nosso convite. Assim que uma participação era confirmada, a pessoa voluntária tinha acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido²¹, para ficar ciente de todos os detalhes e cuidados éticos da pesquisa, bem como deixar seu registro de concordância e autorização de integrar-se a ela. As entrevistas duraram de 30 (trinta) minutos a 1 (uma) hora cada, foram todas realizadas via *Zoom Meetings*, um software de chamadas de vídeo, e gravadas sob o consentimento de cada participante. Vale ressaltar que nosso trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília.

Uma de nossas preocupações era conseguir conversar com pessoas diversificadas, em termos de faixa etária, raça/etnia, localidade de residência e experiência profissional, uma vez que a heterogeneidade na amostra pode contribuir para maior riqueza dos dados e de nossas análises. Um ponto importante é que neste estudo limitamos nosso olhar às

²⁰ Conferir o Apêndice A.

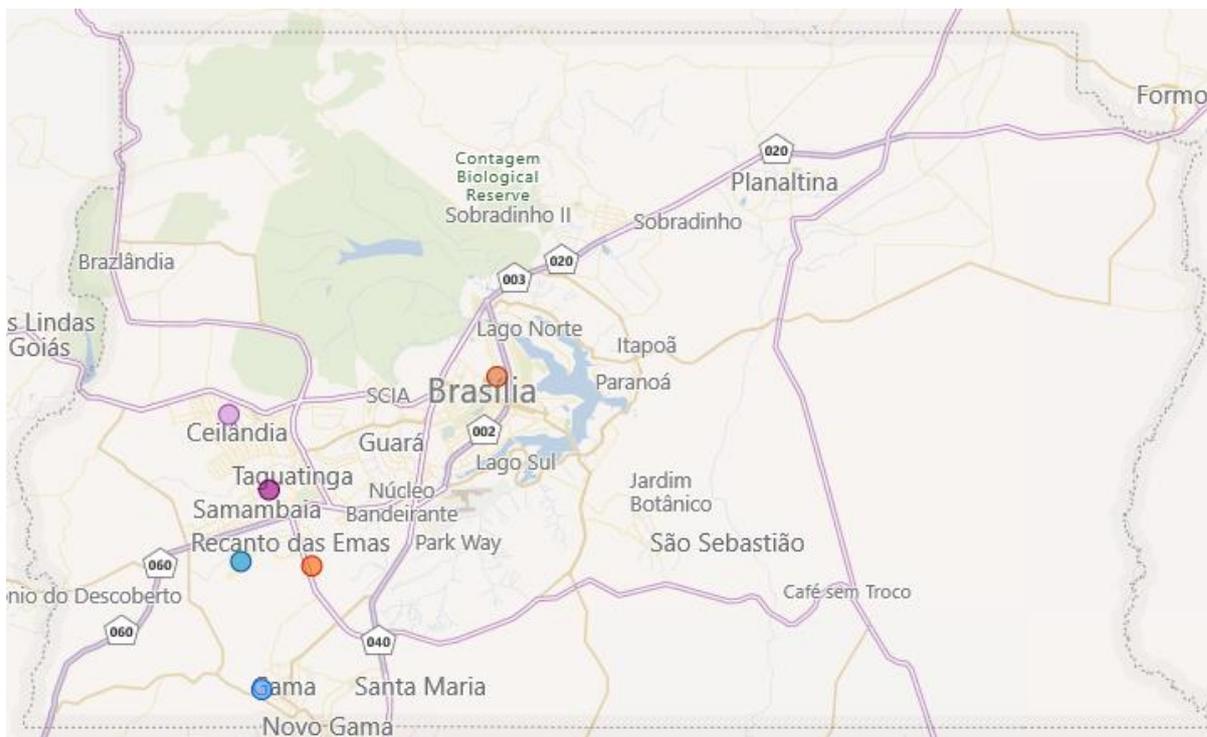
²¹ Conferir o Apêndice B.

experiências de mulheres lésbicas cisgêneras. Foi uma escolha estratégica, por sabermos que a grande maioria das pesquisas disponíveis retrata a experiência de lésbicas cis, fato que, por outro lado, demonstra a necessidade de pensarmos sexualidade fora da cisnormatividade. Acreditamos que existem outras complexidades acerca das vivências de mulheres trans, pessoas não binárias e intersexo que se autodefinem lésbicas, que pelos limites desta pesquisa, serão examinadas em outra ocasião. Assim, os requisitos básicos para a participação neste trabalho foram os seguintes: ser mulher lésbica cisgênera; ter experiência sendo usuária da atenção primária à Saúde do SUS no Distrito Federal; e ter mais de 18 anos de idade. Não foi critério excludente utilizar simultaneamente serviços de saúde particulares e/ou planos de saúde.

Nossa intenção, partindo de um roteiro semiestruturado, era possibilitar que as entrevistadas se sentissem livres para contar suas histórias. Pensamos em perguntas abertas, que levassem as mulheres a uma reflexão mais ampla sobre suas experiências. De início, buscamos entender de forma geral a realidade de cada uma delas como usuária do SUS. Pensando mais na especificidade da sexualidade, fizemos perguntas voltadas às demandas e dificuldades. Na etapa de análise de dados, notamos que a saúde acabou reduzida muito ao aspecto ginecológico, visto que foi o aspecto mais mencionado pelas usuárias. Entendemos que esse é um reflexo tanto da disseminação na sociedade de uma noção de saúde estritamente biológica, quanto dos limites da nossa pesquisa.

A faixa etária das mulheres abrange pessoas em diferentes momentos da vida, dos 23 aos 44 anos de idade. Em termos de raça/etnia, contamos com 2 (duas) sujeitas que se auto identificam como brancas, 3 (três) como pretas e 1 (uma) como parda. Conseguimos uma diversidade regional em termos de local de residência: Recanto das Emas, Riacho Fundo 2, Samambaia, Gama, Asa Norte e Ceilândia Norte, são regiões completamente diferentes entre si, de tamanhos variados, sendo algumas mais populosas e outras menos, a maioria delas periférica e uma mais ao centro do Distrito Federal, conforme indica a figura abaixo.

Figura 2 – Mapa do Distrito Federal



Fonte: InfoSaúde - DF

Vejamos a seguir um quadro com a síntese das informações obtidas a respeito das mulheres que entrevistamos.

Quadro 2 – Mulheres entrevistadas

Entrevista	Idade	Raça/etnia	RA do DF	Profissão/ocupação
1	23	Preta	Recanto da Emas	Consultora interna da Vivo; estudante de direito; agente comunitária do Programa Justiça Comunitária - TJDF
2	26	Branca	Riacho Fundo 2	Maquiadora
3	29	Parda	Samambaia	Psicóloga
4	44	Preta	Gama	Artista; Professora de artes; Estudante de letras
5	37	Branca	Asa Norte	Professora de inglês; mestre em antropologia e formada em ciências sociais
6	32	Preta	Ceilândia Norte	Massoterapeuta; estudante de psicologia e estagiária da Faculdade de Saúde/UnB

Fonte: elaboração própria.

Ainda sobre questões éticas da pesquisa, optamos por manter os nomes das entrevistadas em anonimato, por entendermos que os relatos compartilhados poderiam vir

a ser de aspecto íntimo, e até mesmo sensível. Assim, nossa prioridade foi proporcionar um ambiente e experiência confortáveis às participantes. Antes de começar, falamos abertamente sobre os objetivos da nossa pesquisa, sobre o caráter voluntário de participação e as possibilidades de recusa de resposta de perguntas feitas e de desistência a qualquer momento.

Ao longo deste capítulo, faremos referência às participantes e suas falas a partir da legenda: E, que representa Entrevistada, seguido de um número, para diferenciar a pessoa/relato em questão (por exemplo E1 e E2, correspondendo nesse caso a Entrevistada 1 e Entrevistada 2, respectivamente); P, que representa Pesquisador; e o uso de fonte em itálico para demarcar nossas observações acerca do conteúdo dos relatos.

Conforme o rigor metodológico necessário, foram observadas as etapas características do modelo de AT. O material que seria analisado foi organizado, nesse caso as transcrições das entrevistas. Nessa primeira fase, houve a familiarização com os relatos obtidos, a partir da leitura, anotação e destaque de trechos relevantes. A partir de idas e vindas nas perguntas e respostas, é importante ressaltar que esse é um processo que escapa a qualquer tipo de linearidade ou rigidez, visto que é a necessidade do pesquisador que dita a hora de passar para o próximo passo e voltar quando for preciso.

Em seguida, teve início o processo de codificação, pela organização dos dados em categorias, levando em conta tanto as falas das participantes quanto o que observamos na produção teórica existente. Atentou-se também a hipótese, objeto e objetivos de pesquisa deste trabalho, pensando em como estão relacionados aos dados encontrados. O processo foi realizado de forma manual, com o auxílio de anotações e lápis de cor para agrupar os trechos correspondentes a cada código. Após avaliação subjetiva, partindo de um primeiro agrupamento, foi possível encontrar os primeiros grandes temas:

Tabela 1 – Temas

1	Acesso aos serviços de saúde
2	Obstáculos e dificuldades nos cuidados em saúde
3	Equidade em saúde lésbica

Fonte: elaboração própria.

O progresso da codificação possibilitou a identificação de subtemas. Os temas iniciais foram reunidos a partir da identificação e do agrupamento de relatos

semelhantes/pertencentes a uma mesma problemática, tomando como referências as narrativas das entrevistadas e nosso referencial teórico, importante lembrarmos. Nesse processo, notou-se que alguns códigos não pertenciam a nenhum tema e foram descartados. Vejamos a seguir os subtemas encontrados:

Tabela 2 – Subtemas

Temas	Subtemas	Descrição
Acesso aos serviços de saúde	1. Busca pelo serviço	Situações e demandas que levaram as usuárias a buscarem atendimento
	2. Informação para conseguir marcar a consulta ou exame	Informação disponível para as usuárias conseguirem acessar o serviço
	3. Diferença de atendimento por Região Administrativa	Percepção das participantes acerca da qualidade do atendimento em cada RA
	4. Uso de serviços particulares/planos de saúde	Situações em que as usuárias recorrem a serviços de saúde fora do SUS
Obstáculos e dificuldades nos cuidados em saúde	1. Profissionais despreparados	Percepção das usuárias sobre o nível de informação e capacitação dos profissionais diante de suas demandas
	2. Acolhimento do profissional de saúde	Percepções das usuárias acerca do acolhimento no atendimento
	3. Revelação/omissão da orientação sexual	Momento em que a usuária conta ou não sua orientação sexual ao profissional
	4. Instrumental diferenciado/adaptado	Diz sobre o caráter dos questionários utilizados pelos profissionais
	5. Busca por cuidados ginecológicos	Trata das especificidades na atenção ginecológica das usuárias
	6. Estereótipo lésbico	Trata da leitura social das usuárias que correspondem ou não ao estereótipo lésbico de ser
	7. Reconhecimento da orientação sexual	Trata do imaginário social acerca da sexualidade lésbica
Equidade em saúde lésbica	1. Existência de programas e projetos	Trata de ações direcionadas a especificidades lésbicas
	2. Métodos preventivos	Percepção das mulheres lésbicas sobre as possibilidades de proteção para sexo seguro

Fonte: elaboração própria.

Serviços de saúde: entre buscas e tentativas de acesso

Após a quebra de gelo dos cumprimentos e apresentações iniciais, demos prosseguimento às questões, focando em começar entendendo sobre o acesso aos serviços do SUS. Cabe ressaltar que neste trabalho nos dedicamos a entender mais especificamente as particularidades do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) que, por ser a porta de entrada de pessoas usuárias, faz parte do nosso objeto de estudo. Nesse sentido, ao mencionarmos o SUS estaremos nos referindo propriamente a APS.

O tema amplo identificado como “Acesso aos serviços de Saúde” procura, de forma geral, fazer alusão às experiências das usuárias acessando os diversos dispositivos disponíveis na busca por cuidados a saúde. Isso diz respeito, principalmente, às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Consideramos nesse rol inclusive o uso de planos de saúde e a busca por serviços particulares, visto que também os identificamos nos relatos das entrevistadas.

Pensamos a noção de acesso à saúde a partir da perspectiva do direito de todos, constitucional e de responsabilidade do Estado. No entanto, sabemos que a consolidação desse direito na Constituição Federal, bem como todo o aparato legal e normativo que o institui, não garante de fato que a população o exerça. Existe uma série de polêmicas e dilemas em torno dos sentidos e significados da categoria acesso, que pode ser discutida sob muitas formas e abordagens. Diante da complexidade de compreensão do significado da categoria acesso e de sua pluraridade de sentidos, entendemos que na atenção primária à saúde

o acesso pode estar relacionado com as várias alternativas de adentrar aos serviços de saúde, associadas com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas, e a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso (NIED et al, 2020, p.363).

Não nos delongaremos neste debate, porém é importante ressaltar que o acesso a saúde vai muito além do “ser e fazer profissional”, do âmbito dos processos de trabalho, estando totalmente vinculado a dimensão macro, de gestão e organização do sistema. Reiteramos as palavras de Barbiani *et al.* (2014):

Enfrentar a fragmentação dos serviços, os vazios assistenciais, as disparidades entre oferta e demanda, a carência de profissionais exige um esforço sincrônico

entre os níveis macro, meso e micro, motivo pelo qual estamos diante de um desafio ético-político da constituição de redes de atenção que integrem os diferentes níveis e garantam o acesso humanizado (...) (BARBIANI et al., 2013, p.864)

A partir das narrativas das participantes, conseguimos observar que a procura por atendimento se dá tanto em ocasiões emergenciais, quanto como parte de um acompanhamento rotineiro. Todas as pessoas responderam que já procuraram UBS para consultas, vacinas e exames, assim como UPAs para eventuais urgências. Existem algumas contradições acerca das condições objetivas que perpassam a utilização, ou as tentativas de utilizar, os serviços. Apareceram dificuldades de diversos gêneros na busca por atendimentos, sendo a demora para conseguir a consulta/exame a queixa mais frequente:

E1 – demora muito para que você consiga uma consulta (...) conseguir fazer a marcação é muito difícil, você tem que estar (*ênfase*) muito cedo no posto de saúde.

E5 – eu sei que você tem que entrar numa lista de espera (...) eu fiquei com preguiça (*de marcar a consulta*) porque eu sei que demora, entendeu? (...)

E6 – (...) nesse caso eu tô indo ao particular porque eu quero urgência no resultado. (...) eu acho que no particular eu tenho a liberdade de cobrar um tratamento se ele não for da forma como eu desejasse que fosse. Já no SUS eu sei que esse tratamento é grosseiro (...) a probabilidade de isso acontecer é bem maior e eu fico muito mais restrita porque é um serviço público (...) aqui não, aqui eu tô pagando essa consulta, então eu posso exigir um tratamento melhor, se caso eu me sentir lesada, né, por alguma questão.

De fato, a questão da demora costuma aparecer de forma recorrente em pesquisas relacionadas a avaliação dos serviços públicos de saúde. Em um estudo do Estado de São Paulo, em que foram entrevistadas 471 usuáries do SUS, 57,6% reclamaram do problema das filas para conseguir atendimento. Ainda, 54,7% se queixaram sobre a grande demora entre a data de agendamento do serviço e o dia do atendimento. Já em outro estudo, investigou-se a realidade de 292 usuáries da Ouvidoria em Saúde da Secretaria do Estado do Ceará, sendo o problema da qualidade do atendimento o principal motivo de reclamação. A falta de atendimento nos serviços de saúde (57,8%) e o mau atendimento (52%) foram os principais motivos de reclamação neste estudo (SILVA JÚNIOR e DIAS, 2016).

Esse fator do mau atendimento também foi uma queixa bastante presente na fala de uma das nossas entrevistadas. Tão inconformada com a impossibilidade de utilizar os serviços, mencionou por diversas vezes sentimentos de desistência:

E1 – (*Sobre a piora dos serviços*) Não é que antigamente era maravilhoso, porque eu não acho que a realidade já foi essa, mas assim... atualmente... se antigamente era ruim, hoje em dia eu nem sei (rindo)... qual... seria o nome que eu poderia dar... péssimo? Tá uma situação de desistência mesmo, o pessoal que tenta acessar tem muita dificuldade.

E1 – (...) nesse postinho de saúde número 8 da QNL, minha filha... lá é impossível você ser consultado, nossa... a minha mãe mesmo precisa de alguns... encaminhamentos para... para alguns exames que ela precisa fazer e ela nunca mais conseguiu ser atendida. Ela desistiu mesmo, a situação foi de desistência.

P – Faz quanto tempo que você não faz exames?

E1 – Mais de um ano (rindo), mais de um ano. Marquei um ginecologista agora recentemente para que eu fizesse alguns exames... mas não foi pelo hospital público, porque eu já cheguei num ponto de desistência em relação ao hospital público.

Ainda, a prestação de serviços de qualidade ruim também foi associada ao fator da localidade onde se busca o atendimento:

E1 – Eu acho que tem a ver também com a questão da localidade, sabe... eu acho que dependendo da localidade o atendimento é muito precário.

E2 – (...) eu só recorro à rede privada mesmo quando eu não consigo, mas é muito raro. aqui na minha região eu sou bem atendida.

E3 – (...) eu morava em Recanto, quando morava com a minha mãe. Lá era mais fácil de conseguir atendimento no posto quando a gente precisava (...)

P – E aí você percebe que nas UBSs daí de Samambaia já é mais complicado?

E3 – É, um pouco mais complicado, porque na verdade como a minha mãe já conhece bem as pessoas lá em Recanto, então acabava ficando mais fácil. Ela acabava... conseguindo marcar as consultas por lá e, como a gente não conhece ninguém aqui, aquele “que indica”, né, aquele famoso QI... Aqui a gente não conhece ninguém, então é um pouco mais complicado de conseguir agendamento.

Como é possível percebermos, há uma disparidade acerca da prestação dos serviços. Essa questão toca no quesito oferta-demanda e suas complexidades envolvendo as desigualdades no acesso. Segundo as participantes, não há problemas de acesso em determinada região, pois o atendimento é de qualidade. Enquanto para outras usuárias, o serviço só funciona quando se conhece algum servidor que facilita o seu atendimento lá dentro, conforme o relato da Entrevistada 3, que se repete na fala da Entrevistada 1: “(*sobre uma amiga*) ela foi na UPA do Núcleo Bandeirante e conseguiu atendimento rápido, isso porque ela tinha uma peixada lá dentro, né...”.

A dimensão geográfica nesse caso se constitui em mais uma barreira no acesso destas usuárias, ainda que na APS faça parte a dinâmica da prestação de serviço do atendimento baseado em especificidades regionais e territoriais. Constituem-se diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pelo Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011: a Regionalização e Hierarquização, além da Territorialização e

Adstrição. Em resumo, são estratégias pensadas para estabelecer relações de cuidado equânimes, integrais e intersetoriais entre a equipe de profissionais de saúde e a população de uma região específica.

No entanto, percebemos que esses mecanismos subsidiados em estudos e planejamentos, que tem como função possibilitar a oferta e prestação adequadas de serviços de acordo com as demandas locais, encontram dificuldades em sua operacionalidade. É necessário questionarmos os motivos que levam a suposta efetividade dos cuidados em saúde em uma localidade e a inviabilidade em outra. Cada região tem suas particularidades e seus desafios, e é compreensível que os serviços sejam exercidos de forma diferenciada, respondendo às necessidades específicas daquela população. Porém essa realidade não deve abrir espaço para desigualdades ou falhas nos atendimentos (NIED et al, 2020)

Também pudemos observar como a lógica do direito a saúde aparece distorcida na percepção de algumas usuárias, que não se veem no direito de, realmente, exigir por um serviço de qualidade, pelo fato de ser oferecido pelo Estado. Ao contrário, segundo ela, isso só é possível quando é feito o pagamento diretamente a um profissional e ou clínica particular, isto é, quando há a compra do serviço. Esse tipo de pensamento pode ser reflexo de uma série de fragilidades presentes não só no campo do controle e participação social das pessoas usuárias, que diante das condições objetivas de acesso não conseguem se enxergar no lugar de “pessoa sujeita de direitos”.

Talvez haja o desconhecimento dos meios de articulação coletiva, principalmente de formas de buscar responsabilizar o Estado por suas obrigações. Podemos dizer que o direito à saúde está comprometido para muitas pessoas usuárias, devido ao problema da falta de conhecimento. Nos estudos de Silva Junior e Dias (2016), a maioria daqueles entrevistados revelaram não conhecerem seus direitos de usuáries do SUS. Os autores ressaltam ainda que há uma relação entre o menor conhecimento sobre o direito à saúde e o grau de satisfação quanto aos serviços.

Percebemos a problemática da falta de informação no relato de uma das entrevistadas, que se queixou em diversos momentos a respeito desse aspecto:

E5 – Eu tive dificuldade é... de conseguir informação sobre o... exame da tireoide (...)

E5 – *(sobre a procura por ginecologista)* eu gostaria muito de ir na UnB, mas eu não... sei muito como fazer. Eu acho que falta informação pra gente saber como faz as coisas (...)

E5 – Eu sei de unidade móvel e eu sei da UnB... eu tenho muita dificuldade de encontrar essas informações. Eu não sei se é uma dificuldade minha, ou se essa informação não tá explícita. Eu acho que pode ser uma dificuldade minha.

E5 – Eu acho que tinha que ter mais informação no site, porque eu lembro que eu cheguei a procurar pra ver lance de exame, de como entrar em lista de espera e tal, “papapa”... eu achei “confusesezimo” o site, achei velho, achei “uó”

Um olhar crítico é essencial para deslocar essa discussão do âmbito do individualismo exacerbado, em que predomina a lógica de “cada um por si”, de forma que pensemos em sua dimensão estrutural, nos aspectos políticos, sociais e econômicos do funcionamento da sociedade.

A partir dos limites relatados para o acesso aos serviços do SUS, acreditamos que se faz necessária uma reflexão sobre o sentido do direito à saúde. Conforme discutimos no capítulo 1, ainda hoje acontece uma disputa de projetos antagônicos no campo da saúde. Embora seja perceptível a grandiosidade do nosso Sistema Único de Saúde, sendo inclusive referência para outros países, “o SUS nunca esteve tão frágil”. Desde que foi instituído e regulamentado, ele vem passando por sucessivos ataques e desmontes oriundos de projetos que visam a lógica do lucro na saúde, da privatização e mercantilização dos serviços. Nesse sentido, é essencial uma análise do todo ao pensarmos em criticar os problemas e desigualdades da saúde pública. Esse debate deve estar articulado

aos outros eixos estruturantes do sistema, como o financiamento do SUS, as necessidades advindas dos determinantes sociais da saúde, das transições demográficas e epidemiológicas e do papel do controle social não apenas na luta, mas na efetivação dos direitos à saúde (BARBIANI et al., 2013, p.865)

Essa disputa de projetos também impacta diretamente o imaginário social acerca do que é o SUS, de como ele funciona ou deveria funcionar, do sentido do direito ao acesso à saúde. Inclusive, essa perspectiva do direito apareceu de forma incipiente nos relatos das mulheres entrevistadas, uma vez que a maioria delas demonstraram descontentamento em relação a prestação de serviços da saúde pública, e buscaram atendimento em clínicas particulares e planos de saúde.

Resistências lésbicas frente aos obstáculos e dificuldades na busca por saúde

O próximo tema amplo que identificamos no processo de codificação, “Obstáculos e dificuldades nos cuidados em saúde”, retrata processos específicos vivenciados por mulheres lésbicas nos serviços da APS.

Conforme discutimos no Capítulo 2 deste trabalho, nossa sociedade institui uma série de padrões normativos com o intuito de regular corpos, identidades, sexualidades e subjetividades. Esses padrões são produzidos e reproduzidos por meios diversos, inclusive por instituições como a família e a escola. Sendo as ciências médicas historicamente responsáveis pela disseminação de princípios patologizadores, direcionados a sujeitos que escapavam à norma, ainda hoje se repercutem tais vieses, ideias e projetos que condenam pessoas não pertencentes à cis-heteronormatividade.

Nesse sentido, as produções teóricas que se debruçam nos temas pertinentes ao campo dos cuidados em saúde de LGBTQIAP+ chamam a atenção para os entraves oriundos do conservadorismo e da desinformação de profissionais da saúde. Existem especificidades na saúde de mulheres lésbicas que não são respeitadas ou sequer consideradas em atendimentos, triagens, exames e situações emergenciais (RODRIGUES e SCHOR, 2010).

Questionamos às entrevistadas se elas acreditam que têm demandas diferentes das mulheres heterossexuais. A partir das suas respostas, já conseguimos elencar apontamentos significativos:

E1 – Sim, com certeza, principalmente por uma questão de visibilização (...). eu acho que inclusive essa questão do não questionamento (*da orientação sexual*) é uma forma de invisibilizar a sexualidade das mulheres lésbicas.

E6 – (...) a questão da escuta, pra mim é uma demanda que vem assim no topo mesmo, porque essa escuta pode ser acessível, como ela pode ser muito violenta, né. E é como eu falei, é uma violência silenciosa (...) como lidar no sentido mais respeitoso da coisa...no sentido de como eu vou tocar essa pessoa, como eu vou me comunicar com essa pessoa(...) precisa desse diferencial.

Visibilidade é uma palavra-chave utilizada para levantar a problemática do apagamento das vidas lésbicas, do silenciamento de suas lutas e histórias. Sabemos que historicamente o movimento social organizado de mulheres lésbicas se articula para exigir reconhecimento em todos os espaços, até mesmo em meio a diversidade sexual e de gênero. No entanto, a instituição e o regime político da heterossexualidade implicam na invisibilização dessas pessoas também perante os discursos médico-ginecológicos e na academia (ALMEIDA, 2009). Uma das falas mais marcantes de uma das entrevistadas se refere a essa problemática da (in)visibilidade:

E4 – Uma outra coisa que eu vejo...se você não fala, você enquanto lésbica não fala, pronto! A invisibilidade tá ali e vai ficar, porque ninguém vai pressupor, perguntar, imaginar que você seja lésbica, mesmo que você chegue com o estereotipo, né... bem *dyke*, bem *butch*, não vai adiantar a sua cara de sapatão, que a pessoa vai achar que você é “hétera”, né... uma “hétera”! (rindo muito)

A heteronormatividade contribui também para que as relações sexuais sejam entendidas apenas quando há pênis e vulva na prática, uma visão que além de ultrapassada, é limitada e binária, desconsidera não só vivências de mulheres cis lésbicas e bissexuais, mas inclusive de pessoas trans e intersexuais. A crítica a essa perspectiva aparece nas falas de algumas entrevistadas:

E1 – Porque é como se, tipo, porque não existe um pau, eu não fizesse sexo, por exemplo... como se não tivesse a necessidade de trabalhar questões relacionadas a DST's, por exemplo... tá entendendo?

E2 – Isso acontece muito, assim, no relato de muitas amigas minhas.. é que elas são tratadas como “virgens” dentro do consultório, mesmo que tenham uma vida sexual ativa.

E5 – Eu tipo falei (*sobre ser lésbica*) e ele “ah, então você é virgem...”, sabe? eu acho que com certeza precisa de uma escuta diferenciada. Não só na ginecologia, viu?

Sobre um diferencial em torno das demandas, as entrevistadas se queixam a respeito da postura do profissional, que além de não saber acolher e nem escutar, também desconhece as reais necessidades dessas sujeitas:

E2 – Sim, com certeza, principalmente na parte de ginecologia. E o tratamento é totalmente diferente, eu sinto que os profissionais são extremamente despreparados e... não sabem atender, não atendem as nossas demandas, não tem ideia de como funciona a nossa vivência mesmo e quais são as demandas... e tentam empurrar receitas prontas para mulheres que diferem muito da minha realidade.

E4 – Totalmente, totalmente...por exemplo, você chega no atendimento pra ginecologia, que eu acho que esse é mais, né, nítido. E (...) o profissional que tá ali na frente já pressupõe que você seja hétero, né, e já vai falando de anticoncepcional e não sei o que (...)

O debate sobre os profissionais de saúde é de extrema relevância e essa questão já vem sendo apontada na produção científica. Médicos, enfermeiros, psicólogos, e outros profissionais, não só não são capacitados para esse atendimento, como muitas vezes reproduzem informações equivocadas (RODRIGUES e SCHOR, 2010; ALMEIDA, 2009; MELO, 2010).

Há pouco tempo foi publicado um artigo intitulado: “O que médicos sabem sobre a homossexualidade?”, que evidencia como ainda existe muito desconhecimento acerca da diversidade sexual entre os médicos brasileiros. A homossexualidade, para quase metade dos entrevistados nesse estudo, é questão de simples escolha dos sujeitos. Além disso, quase 40% dos médicos responderam não saber que a homossexualidade não é mais considerada doença. Outro dado demonstrou desconhecimento quanto à diferenciação

entre orientação sexual e identidade de gênero (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS & CAMARGOS, 2018). A pesquisa ressalta que infelizmente, no Brasil,

Não há estudos que avaliem o conhecimento de médicos em relação aos homossexuais, que utilizem inventários específicos para esse fim (e não apenas aspectos gerais sobre sexualidade), constituindo importante lacuna na literatura, cujo conhecimento poderia ser revertido em políticas de saúde e em treinamento de profissionais (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS & CAMARGOS, 2018, p.5).

Esse desconhecimento por parte dos profissionais se deve à ausência de uma formação em sexualidade e diversidade sexual, conforme apresenta Ana Paula Melo (2010) em sua dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. A autora aponta que quando a sexualidade não hegemônica ou o modelo não tradicional de família vêm à tona nos consultórios, é comum o surgimento de “valores morais que influenciam o atendimento, fazendo com que esse tipo de informação seja ignorada (ou, quando não, que se explicita o despreparo do profissional para lidar com ela)” (MELO, 2010, p. 94).

Os problemas relacionados à precariedade dos atendimentos na saúde e aos profissionais não qualificados no campo de gênero e sexualidade também foram pontuados na oficina intitulada “Atenção à Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, realizada em Brasília no ano de 2014:

O acolhimento a lésbicas não tem funcionado adequadamente (...) a base para que as coisas aconteçam estão dadas em diversos documentos, mas mulheres não dizem que são lésbicas e profissionais não perguntam. Não há materialização do que está na teoria. (BRASIL, 2014, p.26).

Ou seja, embora exista aparato legal, diretrizes e princípios referentes aos direitos sociais assegurados pelo Estado, há uma série de discrepâncias entre os atendimentos cotidianos em saúde e, neste caso, na relação entre a usuária lésbica e o profissional de saúde. Vejamos mais relatos que convergem com o acúmulo das produções teóricas a respeito dos profissionais de saúde. Dentre as críticas apontadas pelas usuárias, o problema do despreparo foi a mais recorrente:

E1 – o pessoal (*se referindo aos profissionais de saúde*) acha que mulheres lésbicas não contraem DST's porque não acontece penetração com pênis, por exemplo. E aí eles entendem que só pênis que, sei lá, passa qualquer tipo de doença

E2 – (...) a negligência! Existe uma negligência enorme com o método de proteção contra ISTs, é... coisas absurdas do tipo: usar papel filme! Você vê uma médica ou um médico falando para você se proteger com papel filme, um item que você usa na cozinha! É uma negligência, assim, absurda. É... falta preparo, falta pesquisa... falta sensibilidade

E3 – Eu não sentia um preparo muito grande em relação a médica em atender mulheres que transam com mulheres (...) talvez fosse necessário algum tipo de

preparo um pouco maior em relação a isso, porque eles realmente não estão preparados.

E4 - há uma ignorância...uma falta de informação dessa galera...porque eles agem como se a gente não precisasse por exemplo de algumas medicações, como se não existisse DST,

E5 - (...) eu falei pra ele que eu sou lésbica, aí ele “ah, então não vou nem fazer exame, nem precisa...”, e aí eu falei “precisa, querido...”. e aí eu tive que insistir pra fazer exame, entendeu?

A bibliografia existente nos mostra que é comum que os cuidados e métodos preventivos contra ISTs para mulheres lésbicas sejam negligenciados pelos profissionais de saúde. Alguns ainda acreditam na impossibilidade dessas mulheres de contraírem doenças e infecções, embora as pesquisas já tenham comprovado que a possibilidade é real (TAKEMOTO et al, 2019)

Observamos que as demandas, queixas e dificuldades apresentadas pelas entrevistadas se concentraram majoritariamente no aspecto ginecológico. Trata-se de uma das limitações do nosso trabalho. É importante dizer que se faz necessário ampliar o olhar acerca da saúde de mulheres lésbicas, e prestar atenção a todos os elementos que incidem na saúde e na qualidade de vida dessas mulheres.

Ressaltamos que a saúde ginecológica é apenas uma das muitas dimensões importantes que dizem respeito a saúde. Conforme já discutimos, para entender a saúde de forma ampliada é necessário considerar também outros fatores.

Paula Euzébio, Cinthya Bastos e Paolla Santini (2019) realizaram estudo em que se aplicou um questionário *online* a 65 pessoas que se entendem lésbicas, bissexuais e gays. Como resultado, as pesquisadoras perceberam que alguns fatores geram impacto negativo na saúde mental das participantes. Podemos citar, por exemplo, ambiente familiar, círculo social de amigos, trabalho, espaços e lugares que se ocupa/frequenta e sofrer discriminação. Como grandes determinantes nas vidas das participantes, a maioria citou o ambiente familiar, o medo de andar na rua e de falar abertamente sobre a sexualidade, bem como a violência psicológica motivada pela orientação sexual.

Outro estudo, realizado por Fernanda Paveltchuk, Juliane Borsa e Bruno Damásio (2019), buscava comparar índices de felicidade subjetiva, satisfação com a vida, depressão, ansiedade e estresse em mulheres lésbicas, bissexuais e heterossexuais. Baseadas na teoria do Estresse de Minorias (EM), as análises estatísticas da pesquisa sugeriram que mulheres lésbicas e bissexuais apresentam menores níveis de bem-estar

(felicidade subjetiva e satisfação com a vida) e maiores níveis de psicopatologia (depressão, estresse e ansiedade) do que mulheres heterossexuais.

O fator violência também é outro aspecto importante a ser considerado quando pensamos na saúde de mulheres lésbicas. No ano de 2020, a Coturno de Vênus – Associação Lésbica Feminista de Brasília promoveu pesquisa intitulada “LesboCenso: Mapeamento de Lésbicas e Sapatonas do Distrito Federal”²², que teve o objetivo de identificar e mapear lésbicas e sapatonas de diferentes gerações, raças e etnias, corporalidades, classes sociais para incentivar a elaboração de dados e a formação de redes entre esses grupos. A partir de um formulário eletrônico foram coletadas informações sobre faixa etária, raça/etnia, emprego, religião, grau de instrução, acesso à saúde e índices de violência. Das pessoas que responderam ao questionário, 83% declararam já ter sofrido algum tipo de violência relacionada à lesbofobia, sendo a maior parte dos agentes dessa violência pessoas que compõem o círculo próximo de convivência, como amigos, conhecidos, pai, mãe e outros familiares. (LESBOCENSO, 2020).

Em “Escrever-se travesti, reescrever-se sapatão: um recorrido sobre corpos e afetividades insubmissas”, Raíssa Cabral, mulher trans lésbica, ressalta a necessidade de se problematizar também a violência entre mulheres. Segundo ela, existe um mito de que relações entre mulheres são livres de violência, questão que pode acabar retroalimentando uma “cultura de silêncio e isolamento quando uma sapatão é vítima de violência vinda de outra mulher” (CABRAL, 2019, p.34). Para além de entender que mulheres também são capazes de violência, é necessário lembrar que o ser-mulher é construído a partir de muitos lugares e vivências diferentes. Como afirma a pesquisadora, ainda se repercute suposta neutralidade, que esconde marcadores específicos e centraliza como referência de ser mulher: a branquitude, cisgeneridade, magreza, não-deficiência, privilégio de classe e escolarização universitária (CABRAL, 2019).

Uma das mulheres que entrevistamos relatou algumas dificuldades no seu processo em busca do diagnóstico e tratamento de fibromialgia.

E5 – (sobre a fibromialgia) ela mexe muito com o ambiente familiar, com o ambiente da casa, se você mora sozinha, se você tem um outro tipo de arranjo, é... mexe muito, e eu acho que não existe uma... (pausa) uma escuta diferenciada, uma abordagem diferenciada e uma proposta de tratamento pra

²² Disponível em: < <https://issuu.com/coturnodevenus/docs/lesbocenso>>. Acesso em 05/03/2022.

peças que fogem dessa... dessa cis-hétero-normatividade, sabe? De que “bom, se você tem 35 anos, então você tem que ter um marido, eu espero que você tenha um marido, filhos, e que seus problemas sejam os problemas de uma mulher hétero cis que tem marido e filho” entendeu? “eu não espero que suas questões sejam outras, nem suas questões emocionais, nem suas questões do cotidiano, nem nada...” entendeu? E na época, eu tava passando por uma separação, foi bem uó assim... eu lembro que meu diagnóstico saiu 1 semana depois que eu saí da casa da menina com quem eu morava... e... eu tava sofrendo uma série de violências por parte dela e de outras pessoas também ao meu redor e isso não fez parte do meu tratamento, entendeu?

Os cuidados em saúde de uma pessoa LGBTQIAP+ são complexos e não se restringem apenas ao campo de ISTs, como costumava-se pensar. Temos necessidades diversas que perpassam outras dimensões da saúde, que devem ser acolhidas, entendidas e tratadas com integralidade.

Insegurança, receio, medo de exposição, deslegitimação, invisibilidade, violência silenciosa, invalidação, raiva, julgamento, anormalidade. Extraímos das falas das entrevistadas todos esses tipos de sentimentos e emoções que já foram vivenciados em serviços de saúde, ao serem abordadas por algum profissional, ao fazerem um exame, mencionarem sua orientação sexual, marcarem consulta ou questionarem sobre algum cuidado específico pertinente a sua saúde.

E3 – (...) então eu não sentia uma segurança (sorri) muito...muito grande em relação a ela, e ela ficava insegura também pra falar sobre isso.

E4 – eu precisava de medicação, mas eu tava com medo de falar isso porque era um médico e sei lá, né... (pausa) e eu acabei falando, né... “eu não faço sexo com homem, faço sexo com mulher” e aí ele...ele fechou meio a cara, aí se fechou meio no canto dele, mas ele passou a receita, passou metromidazol, não sei o que, não sei o que lá... e falou “sua companheira também tem que tomar” e beleza! Pra mim já tá bom, ele fez o que devia fazer (rindo), mas realmente, assim, dá medo sim, eu tive medo, é... da reação né?

E4 – (*se referindo aos profissionais de saúde*) agem como se, sei lá...como se o fato de você ser lésbica fosse meio...pouco humano, pouco conhecido, um “outro mundo”

Nesse sentido, observamos que mulheres lésbicas ainda precisam superar muitos desafios para que suas demandas sejam atendidas com seriedade, para que seu direito à saúde seja assegurado e exercido de forma plena.

Em busca de equidade em saúde: a interlocução com o governo do Distrito Federal

Conforme discutimos nos capítulos anteriores, o princípio da equidade é bastante caro tanto ao campo da saúde pública, quanto ao da diversidade sexual e de gênero. No SUS, as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são relevantes por garantir que

grupos específicos em situação de violação de direitos consigam acesso aos serviços de saúde, de acordo com suas necessidades e particularidades.

No Distrito Federal, a promoção da saúde destes grupos compete à Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulneráveis e Programas Especiais (GASPVP), que faz parte da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS). Podemos citar como objetivos da GASPVP:

Implementar políticas de atenção à saúde a populações vulneráveis, de modo a contribuir para a redução das iniquidades no Sistema Único de Saúde (SUS); articular as ações da SES/DF, referentes às políticas e programas relacionados a esta, com os diversos setores, governamentais e não governamentais; e contribuir para a ampliação da consciência e do exercício da cidadania das populações vulneráveis, de modo a promover uma atenção à saúde integral e equânime, além de conferir a esses segmentos populacionais parte da responsabilidade na gestão das políticas de saúde, fortalecendo o controle social (SESDF, 2020, s.p.)

De acordo com o *site* da GASPVP, as populações que fazem parte deste rol de situações vulneráveis são as seguintes: população rural, pessoa com deficiência, população negra, população em situação de rua, população LGBTQIAP+, população indígena, população cigana e existe ainda um campo em construção para Socioeducativo²³. Um amplo rol de sujeitos são objeto das políticas de equidade em saúde e, certamente, consiste em desafio voltar nossas análises a um grupo específico – o de mulheres lésbicas – que por estarem inseridas num outro grupo ainda maior e mais diverso, o de pessoas LGBTQIAP+, frequentemente têm suas demandas diluídas e invisibilizadas.

Fizemos uma busca no *site* institucional da Secretaria de Saúde do DF em busca de documentos, notícias, resoluções, campanhas, projetos, programas, que tratassem especificamente do nosso objeto de estudo, isto é, mulheres lésbicas. Não localizamos nenhum tipo de material ou informação específica pertinentes às vivências e demandas de mulheres lésbicas no *site*.

Em pesquisa livre pela *internet* encontramos uma notícia²⁴ animadora a respeito da criação de uma Linha de Cuidado (LC) LGBTQIAP+ na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Segundo a reportagem, a medida está sendo elaborada devido a existência de uma Ordem de Serviço (nº 250, de 28 de dezembro de 2020, da Secretaria

²³ Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais – GASPVP. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/gaspvp/>>. Acesso em 01/10/2021.

²⁴ Disponível em: <<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2021/03/14/linha-de-cuidado-lgbti-sera-construida-na-secretaria-de-saude/>>. Acesso: 01/11/2021

de Saúde, publicada no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) em 9 de fevereiro de 2021).

Foi criado um Grupo de Trabalho composto por vários integrantes do Movimento LGBTQIAP+, bem como servidores da SES/DF e convidadas da sociedade civil. A LC foi criada pensando em resgatar os princípios da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQIAP+.

A psicóloga Christiane Silva, da Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais, ressalta que o Distrito Federal tem uma dívida histórica perante a diversidade sexual e de gênero. Segundo ela,

a falta de política específica para tratar com equidade questões das populações LGBTI+, é um dos fatores agravantes para a vulnerabilidade. A intersecção com outros fatores como raça, escolaridade e inserção social, acarreta ainda mais vulnerabilidade ao segmento (SILVA, 2021, n.p.)

A medida mais recente visando o acolhimento de pessoas LGBTQIAP+ foi a conquista, em maio de 2021, das primeiras repúblicas do Brasil destinadas a esta população.

Outra conquista histórica importante foi a realização da primeira Audiência Pública²⁵ sobre vivências de mulheres lésbicas, intitulada “A realidade das lésbicas e a construção de políticas públicas no DF”, na Câmara Legislativa do DF, em 2020. Chamou a atenção a presença de representantes do campo da saúde, assistência social e segurança pública, fato que ressalta a necessidade e a importância de se pensar medidas intersetoriais para o acolhimento deste público.

Como pudemos observar, existem limites importantes que implicam em obstáculos aos cuidados em saúde de mulheres lésbicas no Distrito Federal. Os serviços da atenção primária à saúde possuem fragilidades complexas que por si só já dificultam a utilização das usuárias e, somadas às barreiras da ignorância de profissionais da saúde e da ausência de ações voltadas às vivências lésbicas, nos vemos diante de contexto precário de acesso ao direito à saúde.

²⁵ Disponível em: <<https://www.cl.df.gov.br/-/audiencia-na-cldf-defende-visibility-lesbica>>. Acesso em: 10/11/2021

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o acesso e a utilização do SUS por mulheres lésbicas do Distrito Federal. Tratei, acima de tudo, de contribuir com a luta histórica dos movimentos lésbicos brasileiros, a partir da promoção de discussões tão caras a este grupo. Embora esta seja a parte do fechamento deste trabalho, é importante dizer que nenhuma das reflexões propostas se esgotam aqui, pelo contrário. Espero que a produção deste conhecimento sirva de motivação e força para que a pesquisa continue e que os inúmeros desafios que persistem sejam superados.

Por mais que o sentimento de solidão tenha predominado ao longo da escrita dessa dissertação, seria injusto deixar no esquecimento um dos motivadores centrais que me fizeram chegar até aqui: o sentido da produção de conhecimento visando a coletividade e compromisso com o social. Encerro este ciclo localizado num lugar diferente, mas sigo acreditando e me inspirando na potência das vozes, das histórias e do legado das sapatonas, lésbicas e caminhoneiras que não tem medo de serem quem são.

As discussões sobre saúde de mulheres lésbicas no Brasil já se desenrolam há pelo menos 4 décadas e, diante de tantos anos de luta, às vezes me parece que as reivindicações congelaram no tempo. Isso porque a impressão é de que desde 1980 as sapatonas vêm reivindicando as mesmas pautas, relatando os mesmos problemas, como se nada tivesse mudado. No entanto, sob um olhar mais cuidadoso, é possível perceber avanços principalmente no campo das Políticas direcionadas aos seguimentos LGBTQIAP+, na conquista de espaços representativos em instituições do Estado, nas trocas entre governos e sociedade civil em processos de participação e controle social.

No entanto, vemos que quando se trata de reivindicações e particularidades de mulheres lésbicas, os avanços ainda podem ser considerados tímidos, uma vez que ainda é comum a diluição das necessidades deste grupo em meio ao grande e diverso segmento da diversidade sexual e de gênero. Nesse sentido, é até complexo falar especificamente de políticas de equidade em saúde para lésbicas, tamanha a invisibilidade que perpassam as suas vivências e demandas. Não me surpreende que sapatonas ainda continuem esquecidas, marginalizadas e silenciadas nos mais diversos espaços e movimentos, pois já são 40 anos tentando romper com esse ciclo, buscando cada vez mais protagonismo para falar sobre si, em meio aos machismos, às lesbofobias, aos racismos, classismos, capacitismos, gordofobias e transfobias. Nesse sentido, é compreensível a frustração e a indignação que por vezes tomam conta, mas que fazem parte do processo.

Não se pode perder de vista, inclusive, o impacto aos grupos historicamente oprimidos, dos projetos neoliberais conservadores difundidos nos últimos governos e fortalecidos com a eleição de Jair Bolsonaro. A perseguição e criminalização dos movimentos sociais, a postura negacionista e o desmonte da ciência, das universidades públicas e da educação como um todo, a autopromoção a partir da divulgação em massa de notícias mentirosas, o silenciamento e a distorção de pautas de gênero e sexualidade, dentre outros fatos, marcam os tempos difíceis que temos vivido no Brasil. Sem dúvidas, a missão de se manter organizada politicamente em meio a esse contexto caótico toma outras proporções e significados, já que esses espaços podem contribuir na tomada de consciência, na construção de redes, relações e afetos e, principalmente, na articulação de estratégias coletivas para continuar resistindo.

Como principal hipótese deste trabalho, estava a ideia de que o acesso de mulheres lésbicas usuárias da atenção primária à saúde do DF se dava de forma precarizada, por sofrerem discriminação em virtude de sua orientação sexual. Uma vez que a maioria dos profissionais não estão qualificados para uma atuação em questões relacionadas à diversidade sexual e de gênero, a atenção à saúde estaria baseada em moldes heteronormativos. Observamos a partir dos relatos das entrevistadas que nossa hipótese se confirma, uma vez que não há o preparo de profissionais para a prestação de serviços que considerem as particularidades de mulheres lésbicas em sua integralidade.

Nesse sentido, foi possível perceber que uma série de violências e apagamentos são repercutidos na busca por cuidados em saúde dessas sujeitas. A dimensão da orientação sexual impacta diretamente os processos saúde-doença. São inúmeras as situações discriminatórias vivenciadas e o agravamento à saúde se dá em diversos âmbitos: a saúde mental acaba sendo comprometida, a saúde ginecológica é negligenciada por conta da ignorância e desconhecimento de profissionais. Sem falar na recorrente desistência em procurar os serviços por todos os limites da APS em si.

Muito ainda deve ser feito para que se possa dizer que a promoção da equidade em saúde de mulheres lésbicas funciona e beneficia essas sujeitas. É necessário ampliar as discussões sobre o princípio da equidade, que sendo um dos pilares do SUS ainda enfrenta desafios para que seja materializado e se consolide como norteador do fazer profissional, da formulação de políticas de saúde e da gestão dos serviços.

É urgente cobrar do Estado que cumpra sua responsabilidade de oferta e prestação de serviços de saúde equânimes a todas as populações, bem como que promova a coleta

e sistematização de dados referentes a grupos que ainda permanecem invisíveis em espaços institucionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKOTIRENE, Carla. *O que é interseccionalidade?* Belo Horizonte - MG: Letramento: Justificando, 2018.

ALMEIDA, Guilherme Silva de. *Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [2]: 301-331, 2009.

ANTUNES, André. *Entra atenção primária, sai o controle social*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fiocruz, 24 de maio de 2019. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/entra-atencao-primaria-sai-o-controle-social>>. Acesso em: 05/05/2021.

BARBIANI, Rosangela *et al.* *A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios*. Revista Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.855-868, 2014.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo* (L. A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70, 2006.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. *Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS*. Revista Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.1, p.9-18, 2016.

BEHRING, Elaine Rosseti. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BLAIR, Karen L. *Has Gender Always Been Binary? Gender has historically been viewed in a more fluid manner*. Psychology Today, setembro de 2018. Disponível em: <<https://www.psychologytoday.com/us/blog/inclusive-insight/201809/has-gender-always-been-binary>>. Acesso em: 05/05/2021.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10/08/2018.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*, Brasília, DF, setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 06/05/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 32 p.: il. (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:*

princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde sexual e Saúde Reprodutiva*/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 01/07/2021.

BRASIL, Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. *Plano Plurianual 2016-2019*. Governo de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/01/PPA_2016-_2019_COMPLETO_.pdf>. Acesso em: 25/10/2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. PELAEZ, Elaine Junger. PINHEIRO, Wladimir Nunes. *As contrarreformas na política de saúde do governo Temer*. Argum., Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. PELAEZ, Elaine Junger. *A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências*. Ser Social - Estado, Democracia e Saúde. Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020.

CABRAL, Raíssa Éris Grimm. *Escrever-se travesti, reescrever-se sapatão: um recorrido sobre corpos e afetividades insubmissas*. In: *Lesbianidades Plurais: abordagens e epistemologias sapatonas*/ Mayana Rocha Soares, Simone Brandão. 1ª edição/ Salvador – BA. Editora Devires, 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS*. Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.23-33, maio-ago, 2006.

CARVALHO, Antônio Ivo e BUSS, Paulo Marchiori. *Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção*. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.) et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Morais dos. *Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social* / Mirla Cisne, Silvana Mara Morais dos Santos. – São Paulo: Cortez, 2018 – (Biblioteca básica de serviço social; v. 8)

COLLINS, Patricia Hill Collins. *Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória*. Jan/jun. v.5, n.1. 2017.

CONSELHO Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf>. Acesso em: 05/05/2021.

CORRÊA-RIBEIRO R, IGLESIAS F, CAMARGOS EF. *O que médicos sabem sobre a homossexualidade?* Tradução e adaptação do Knowledge about Homosexuality Questionnaire. einstein (São Paulo). 2018.

COSTA, Ana Maria. LIONÇO, Tatiana Lionço. *Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?* Revista Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.47-55, maio-agosto, 2006.

CURIEL, Ochy. *La Nación Heterosexual: Análisis Del Discurso Jurídico Y El Régimen Heterossexual Desde La Antropología De La Dominación*. Bogotá: Edición Brecha Lésbica Y En La Frontera, 2013.

CURIEL, Ochy. *Género, raza, sexualidad debates contemporaneous*. Catedra de Estudios Afrocolombianos, Universidad del Rosario. Bogotá-Colombia. 2014. Disponível em: <<http://www.urosario.edu.co/Subsitio/Catedra-de-EstudiosAfrocolombianos/Documentos/13-Ochy-Curiel---Genero-raza-y-sexualidad-Debates-.pdf>>.

DUARTE, Marco José de Oliveira. *Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena*. Temporalis. v. 14 n. 27 (2014): Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Geração, Sexualidades. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/7209>>. Acesso em: 01/05/2021.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>>. Acesso em: 10/01/2020.

ESCOREL, S. *Equidade em saúde*. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>>. Acesso em: 03/02/2020.

EUZÉBIO, Paula Montenegro; BASTOS, Cinthya Ferreira; SANTINI, Paolla Magioni. *SAÚDE MENTAL DE LÉSBICAS, GAYS E BISSEXUAIS: Reflexões pertinentes às políticas públicas*. IX Jornada Internacional de Políticas Públicas, 20-23 agosto de 2019.

FACCHINI, Regina; FRANÇA, Isadora Lins. *De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro*. Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad. n.3 - 2009 - pp.54-81.

FERNANDES, Marisa. *Ações lésbicas*. In: História do Movimento LGBT no Brasil / organização James N Green, Renan Quinalha, Marcio Caetano, Marisa Fernandes. – 1. Ed – São Paulo: Alameda, 2018.

FLICK, Uwe. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 2009. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=dKmQDAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=introdu%C3%A7%C3%A3o+a+pesquisa+qualitativa+&ots=JgIdSW7Mqg&sig=p6Layv7phy9Qcpnzd8jbShZtjLI#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 15/01/2020.

GREEN, James. “Mais amor e mais tesão”: a construção de um movimento brasileiro de gays, lésbicas e travestis. 2000.

IAZZETTI, Brume Dezembro. *Existe ‘universidade’ em pajubá?: Transições e interseccionalidades no acesso e permanência de pessoas trans**. Dissertação de mestrado. – Universidade Estadual de Campinas, 2021.

KATZ, Jonathan Ned. *A invenção da heterossexualidade*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

LIONÇO, Tatiana. *Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade*. Saúde Soc., São Paulo, v. 17, n. 2, p.11-21, junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/05/2018

LOURO, Guacira Lopes. *Um Corpo Estranho: Ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. 2 ed.; 3. reimp – Belo Horizonte: Autêntica, 2016. 96 p.

KERGOAT, Danièle. *Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais*. *Novos Estudos*, n. 86, março. 2010, p. 93-103. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002010000100005>. Acesso em 20/09/2018.

KONDER, Leandro. *O que é dialética*. 25ª edição. São Paulo, Editora Brasiliense, 2008.

LIONÇO, Tatiana. *Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade*. Saúde Soc., São Paulo, v. 17, n. 2, p.11-21, junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/05/2018.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. *Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão*. Estudos Feministas, Florianópolis, 17(1): 296, janeiro-abril/2009.

MELO, Ana Paula Lopes de. *“Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1551_944_meloanapaula.pdf>. Acesso em: 22/10/2018.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Política de saúde no Brasil: entraves para universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual. *Revista Serviço Social & Sociedade*

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 07/08/2018.

- MIZAEL, Táchita Medrado. *Lesbofobia institucional: reflexões sobre saúde, educação e visibilidade*. In: Bárbara Elcimar dos Reis Alves e Felipe Bruno Martins Fernandes. (Org.). *Pensamento lésbico contemporâneo: decolonialidade, memória, família, educação, política e artes*. 1ed. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2021, v. 1, p. 329-340.
- NASCIMENTO, Letícia Carolina Pereira do. *Transfeminismo*. São Paulo: Jandaíra, 2021. 192 p.
- NIED MM, BULGARELLI PT, RECH RS, BUNO CS, SANTOS CM, BULGARELLI AF. *Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário*. *Cad Saúde Colet*, 2020;28(3):362-372
- PAIM, Jairnilson Silva Paim. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica*. 2007; Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, 2007.
- PAVELTCHUK, Fernanda de Oliveira; BORSA, Juliane Callegaro; e DAMÁSIO, Bruno Figueiredo. *Indicadores de bem-estar subjetivo e saúde mental em mulheres de diferentes orientações sexuais*. *Psico (Porto Alegre) | V. 50, N. 3 | E-31616*, 2019.
- PEIXOTO, Valdenízia Bento. *Violência contra LGBTs no Brasil: a construção sócio-histórica do corpo abjeto com base em quatro homicídios*; 2018; Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade de Brasília, 2018.
- PINTO, Isabella Vitral et al. *Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017*. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*. 2020, v. 23, n. Supl 01 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720200006.supl.1>>. Acesso em: 10/05/2021.
- PRECIADO, Paul. *Um Apartamento em Urano: crônicas da travessia*. 1ª ed. – Rio de Janeiro: Zahar, 2020.
- PRECIADO, Paul. *Beatriz Preciado*. Youtube, 2006. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=W8wfc2JNMd4>>. Acesso em: 20/06/2021.
- REZENDE, Patrícia de Souza. *A atenção a saúde das mulheres: integralidade e gênero – estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador*. 2011, Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2011.
- RICH, Adrienne. *Heterossexualidade compulsória e existência lésbica*. *Bagoas – Estudos gays: gêneros e sexualidades*, v. 4, n. 05, 27 nov. 2012
- ROCHA, Patrícia Rodrigues; DAVID, Helena Maria Sherlowski Leal. *Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social em Saúde*. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(1):129-135.
- RODRIGUES, Julliana Luiz; SCHOR, Néia. *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais*. Seminário Fazendo Gênero. 23-26 agosto de 2010.

ROLLEMBERG, Ana Tereza Vieira Machado. *Entrevistas de pesquisa: oportunidades de coconstrução de significados*. In: A entrevista na pesquisa qualitativa.. Rio de Janeiro: Quartet: Faperj, 2013.

RUBIN, Gayle. *Políticas do Sexo (Coleção Argonautas)*. Ubu, 2017.

SAFFIOTI, Heleith. *A Mulher na Sociedade de Classe: Mito e Realidade*. Editora Expressão Popular, 2013.

SANT'ANNA, YURETTA. *Cisgeneridade e identidade*. Transfeminismo – feminismo interseccional. Disponível em: <<https://transfeminismo.com/cisgeneridade-e-identidade/>>. Acesso em: 10/08/2021.

SILVA, Andressa Henning, & FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. *Análise de conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos*. IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, Brasília – DF, 3-5 de nov, 2013. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ129.pdf> >. Acesso em: 01/11/2021.

SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da. *Avaliação da satisfação dos usuários de um serviço de saúde público-privado no nordeste do brasil e a judicialização da saúde*. São Paulo v.17 n.2, p. 13-29, jul./out. 2016.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 22(5):1397-1406, 2017.

SOARES, Suane Felipe; PERES, Milena Cristina Carneiro. *A condição lésbica e o acesso aos direitos sociais básicos brasileiros*. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/metaxy/article/download/14091/10145>>. Acesso em: 18/10/2018.

SOUZA, Luciana Karine de. *Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática*. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, 71 (2): 51-67, 2019.

TAKEMOTO, Maira Libertad Soligo et al. *Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: systematic review and recommendations to improve care*. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019.

VASCONCELOS, Ana Maria; BALTAR, Juliana Ferreira. *Universidade e saúde: formação profissional para o Sistema Único de Saúde?* In: Política de saúde hoje – interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais / organização Marco José de Oliveira Duarte...[et al.]. 1. Ed. – Campinas, SP: Papel Social, 2014.

VIANA, Ana Luiza D'avila. FAUSTO, Marcia Cristina Rodrigues. LIMA, Luciana Dias de. *Política de Saúde e Equidade*. *Revista São Paulo Em Perspectiva*, 17(1): 58-68, 2003.

VIEIRA, Helena; FRACCAROLI, Yuri. *Violência e dissidências: um breve olhar às experiências de repressão e resistência das travestis durante a ditadura militar e os primeiros anos de democracia*. In: História do Movimento LGBT no Brasil / organização

James N Green, Renan Quinalha, Marcio Caetano, Marisa Fernandes. – 1. Ed – São Paulo: Alameda, 2018.

VILLELA, Wilza Vieira. & ARILHA, Margareth. (2003). *Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos*. In: E. Berquó (Organizador). *Sexo & Vida. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

WITTIG, Monique. *O pensamento hétero*. Disponível em: <<http://www.caladona.org/grups/uploads/2014/02/monique-wittig-el-pensamientoheterosexual.pdf>>. Acesso em: 12/09/2018

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization, 1991.

YIN Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/53523205/Estudo_de_Caso_Planejamento_e_M_-_Robert_K._Yin.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEstudo_de_Caso_Planejamento_e_M_-_Robert.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200312%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20200312T144652Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=3d9083ff2cbfee66834b76e5b509ce947bc1f61dd06f1a66bd1e928464163d09>. Acesso em: 05/03/2020.

APÊNDICE A - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTAS

Identificação

Nome:

Idade:

Raça/Etnia:

Região Administrativa onde reside:

Participa de Mov. Social:

Profissão/ocupação:

Questões

- 1- Fale um pouco sobre suas experiências no Sistema Único de Saúde.
- 2- Quais as suas principais demandas quando você busca o SUS?
- 3- Como você foi tratada nos atendimentos? Respondeu as suas demandas?
- 4- Como lésbica, quais são as suas principais dificuldades para utilizar o SUS?
- 5- Acredita que há preconceitos contra lésbicas no SUS? Por que?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS: ESTUDO DE CASO NO DISTRITO FEDERAL”, de responsabilidade de NATE DE PALMA ROSA GARCIA, estudante de mestrado da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é compreender como se dá o acesso de mulheres lésbicas ao Sistema Único de Saúde do Distrito Federal. Assim, gostaria de consultá-la sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome só será divulgado na medida em que você autorizar e em que a divulgação do mesmo não represente risco para sua integridade sendo mantido o mais rigoroso sigilo a respeito de informações que permitam identificá-la na menção de fatos e episódios indicados como sensíveis. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários e entrevistas ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas gravadas em documento de áudio e notas escritas de campo, é para estes procedimentos que você está sendo convidada a participar. Essas informações só constarão no trabalho também com a devida autorização.

A pesquisa não tem, em princípio, nenhum ganho financeiro, somente de engrandecimento coletivo e acadêmico. Se houver a possibilidade de o texto final ser colocado em um suporte que possibilite o lucro, como livro ou coletânea de artigos, você será novamente consultada para dar sua opinião e anuência.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 98114-8691 ou pelo e-mail nataliaprg.ng@gmail.com

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio das transcrições produzidas antes da redação final do trabalho, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone (61) 3107-1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura da participante

Assinatura do pesquisador

Brasília, xx de xxx de 2021

