

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

ALICE FREITAS DO NASCIMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso

Limites e possibilidades de acesso à saúde sexual por mulheres com comportamento homossexual, bissexual e pansexual e por pessoas não binárias com vulva: uma amostragem a partir das redes sociais

Rio de Janeiro
2022

ALICE FREITAS DO NASCIMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso

Limites e possibilidades de acesso à saúde sexual por mulheres com comportamento homossexual, bissexual e pansexual e por pessoas não binárias com vulva: uma amostragem a partir das redes sociais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Silva de Almeida

Rio de Janeiro

2022

ALICE FREITAS DO NASCIMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso

Limites e possibilidades de acesso à saúde sexual por mulheres com comportamento homossexual, bissexual e pansexual e por pessoas não binárias com vulva: uma amostragem a partir das redes sociais

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Monografia aprovada em: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Guilherme Silva de Almeida- Orientador

Prof.^a Dr.^a Debora Holanda Leite Menezes – Examinadora

Prof.^a Dr.^a Andrea Moraes Alves – Examinadora

Rio de Janeiro

2022

RESUMO

FREITAS, Alice. **Limites e possibilidades de acesso à saúde sexual por mulheres com comportamento homossexual, bissexual e pansexual e por pessoas não binárias com vulva: uma amostragem a partir das redes sociais.** Rio de Janeiro, 2022. Monografia (Bacharel em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2022.

Este Trabalho de Conclusão de Curso discorre sobre os limites e possibilidades de acesso à saúde sexual por mulheres com comportamento homossexual, bissexual e pansexual, a partir de uma pesquisa realizada *online* através das redes sociais. O objetivo deste estudo é analisar de que modo as políticas de saúde destinadas à saúde das mulheres e à saúde da população LGBTQIA+ atuam na promoção do acesso à saúde sexual desse grupo, a partir dos dados obtidos nas 393 respostas da pesquisa desenvolvida. Para isso, o estudo apresenta um resgate histórico dos marcos normativos dos direitos adquiridos por essa população ao longo das últimas décadas, identificando os limites postos pelo modelo de saúde biomédico e pela heteronormatividade presente na sociedade. A metodologia utilizada foi de pesquisa bibliográfica e pesquisa de natureza quanti-qualitativa.

Palavras-chave: Saúde Sexual; Homossexualidade; população LGBT.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	6
1. DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DO SUS, DA SAÚDE SEXUAL E DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	
1.1 LIMITES DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL.....	8
1.2 O CAMPO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS.....	17
1.3 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL.....	20
1.4 MARCO NORMATIVO DO RECONHECIMENTO DOS DIREITOS DAS MULHERES COM COMPORTAMENTO HOMOSSEXUAL, BISSEXUAL E PANSEXUAL E POR PESSOAS NÃO BINÁRIAS COM VULVA	22
1.5 MARCO NORMATIVO DO RECONHECIMENTO DOS DIREITOS DOS DIREITOS DAS MULHERES COM COMPORTAMENTO HOMOSSEXUAL, BISSEXUAL E PANSEXUAL E POR PESSOAS NÃO BINÁRIAS COM VULVA NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	28
2. SAÚDE SEXUAL DE MULHERES HOMOSSEXUAIS, BISSEXUAIS E PANSEXUAIS A PARTIR DE UMA AMOSTRAGEM NAS REDES SOCIAIS.....	32
2.1. LIMITES DO ACESSO DAS LÉSBICAS, BISSEXUAIS E PANSEXUAIS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL.....	32
2.2. COMO SE DEU O TRABALHO DE CAMPO.....	40
2.3. PRINCIPAIS ACHADOS.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	53

APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso discorre sobre os limites e as possibilidades de acesso à saúde sexual por mulheres de comportamento homossexual, bissexual e pansexual, de forma apresentar o marco normativo e legal do direito à saúde sexual de mulheres lésbicas, bissexuais e pansexuais no Brasil, a partir do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (PNSILGBT) e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Ela foi construída a partir da curiosidade em discutir de que modo a implementação de tais políticas teve até o presente momento, efeitos nos cuidados de saúde sexual dessas mulheres.

O atual contexto econômico, político e social brasileiro é marcado pela ascensão ao poder um representante da extrema direita, com expressiva retirada de direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora brasileira, incluindo os avanços para a saúde da população LGBTQIA+.

A relevância deste objeto de estudo advém da ainda escassa produção científica de dados relativos à saúde sexual e reprodutiva de mulheres não heterossexuais no Brasil. Parte-se da percepção da inadequação da atenção à saúde desse grupo, com um atendimento da saúde da mulher que privilegia o programa de saúde reprodutiva, em detrimento dos direitos sexuais que, ainda assim, são pensados a partir da ótica da heteronormatividade (BRASIL, 2013).

Cabe ao profissional do Serviço Social desenvolver a capacidade de intervir também neste âmbito tendo um maior aprofundamento no processo formativo a respeito das demandas específicas da população LGBTQIA+. Isso é necessário para um exercício profissional reflexivo que leve em conta a totalidade da realidade social, na articulação de suas competências ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica.

A metodologia de construção deste trabalho ocorreu por meio de um levantamento bibliográfico, onde buscou-se resgatar os marcos legais do

reconhecimento histórico dos direitos do grupo estudado, buscou-se também analisar a produção do Serviço Social e de outras áreas afins sobre o tema.

Além do levantamento bibliográfico, esta monografia buscou dados por meio de um trabalho de campo desenvolvido através de recursos virtuais. A ideia foi através de um formulário eletrônico construído especialmente para este fim no aplicativo eletrônico *Google Forms*, coletar dados sobre mulheres que fazem sexo com outras mulheres: dados demográficos, sobre práticas sexuais e sobre as formas como se dão os seus atendimentos ginecológicos e/ou as razões do não acesso a estes.

A quase totalidade das questões do formulário foi de perguntas fechadas. O formulário foi enviado eletronicamente através de um procedimento chamado “bola de neve” que permitiu que um maior número de pessoas pudesse acessá-lo. Os dados coletados foram sistematizados através da construção de gráficos e, posteriormente, analisados, de modo que pudessem ser interpretados à luz dos estudos de gênero, dos estudos lésbicos e dos estudos da saúde coletiva sobre direitos sexuais, sobre saúde sexual e sobre a relação entre saúde e raça. A pesquisa teve um caráter exploratório visto que já se constatou a existência de poucas produções relacionadas ao acesso a saúde sexual de mulheres com comportamento homossexual, bissexual e pansexual no Serviço Social.

O objetivo desta pesquisa foi verificar as principais características socioeconômicas, culturais e de cuidados relativos à saúde de mulheres com comportamentos homossexuais, bissexuais e pansexuais respondentes da pesquisa. Também houve um esforço de compreender de que maneira as intersecções de classe social, gênero, raça e sexualidade se articulam na promoção e no acesso à saúde sexual desse grupo.

Esta monografia foi desenvolvida em dois capítulos. No primeiro deles, foi realizado um resgate histórico da saúde pública no contexto brasileiro, dos limites e desafios postos para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência do privilégio a um projeto de saúde vinculado ao mercado e aos interesses do capital.

Em seguida, foi abordada de forma sintética a trajetória da política de saúde reprodutiva no Brasil, bem como a emergência do campo dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais e, no interior destes últimos, de um marco normativo ligado ao reconhecimento dos direitos das mulheres com comportamento homossexual, bissexual e pansexual.

Já o segundo capítulo desta monografia, traz os resultados obtidos a partir da pesquisa de campo desenvolvida nas redes sociais, bem como as informações referentes à elaboração e a aplicação do formulário de pesquisa e os limites e desafios postos para o acesso à saúde de mulheres com comportamento homossexual, bissexual e pansexual.

CAPÍTULO 1

**DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DO SUS, DA SAÚDE SEXUAL E DOS
DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS**

1.1. LIMITES DO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

A saúde no Brasil é permeada por um contexto político e econômico onde encontram-se em disputa dois projetos de saúde distintos, relacionados aos cenários políticos nacionais e internacionais. Um deles é ligado aos interesses do capital, com foco na ampliação do setor privado: o Projeto Privatista. O outro projeto representa os ideais da organização política e social dos/as trabalhadores/as/as progressistas da área da saúde e da sociedade civil na luta pela redemocratização do Brasil durante a década de 1970 e 1980, com a defesa do caráter público-estatal e universal da saúde.

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, momento em que a saúde passou a ser legalmente um direito de todos e dever do Estado, encontrou obstáculos para a sua materialização e continuidade. Os recentes avanços democráticos conquistados na área de proteção social durante a década de 1980, marcada pelo expressivo acirramento da luta política no Brasil, foi responsável pela elaboração da Seguridade Social, integração da Saúde com a Previdência Social e Assistência Social. Contudo, tais avanços encontraram obstáculos para a sua materialização no território brasileiro (BRAVO E MATOS, 2006).

A ampliação dos direitos da classe trabalhadora brasileira durante a década de 1980 posicionou o Brasil na contramão do mundo, considerando a conjuntura política e econômica internacional naquele momento histórico e as respostas dos países a ela. O esgotamento do modelo de produção fordista-keynesiano resultou na crise do capital na década de 1970.

Os impactos dessa crise no Brasil se materializaram nas contrarreformas do Estado (BEHRING, 2003), com políticas de cunho neoliberal, intensificadas a partir do direcionamento ideológico presente nas recomendações do Consenso de Washington (1989), para que os países da América Latina implementassem o projeto político-econômico neoliberal e, também, a partir das orientações do Banco mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI) (BEHRING, 2003). Desse modo:

o projeto da reforma sanitária é questionado e consolida-se na segunda metade dos anos 90, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último, pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características destaca-se: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso (BRAVO E MATTOS, 2006, p. 9 e 10).

No final da década de 1990, o projeto político econômico neoliberal foi implementado com êxito no Brasil e a Política de Saúde recém instituída, passou a ser desconstruída e a classe trabalhadora a arcar com os custos da crise, quando a saúde passa a ser vinculada sobretudo aos interesses do mercado. Uma das principais conquistas do SUS diz respeito à universalidade do direito à saúde e se contrapõe diretamente ao projeto de saúde voltado ao mercado, pois tal projeto, tendo como premissas as concepções individuais e fragmentadas da realidade, com a contraposição às concepções em grupo e universais dos projetos contrários ao hegemônico (BRAVO E MATTOS, 2006).

A ofensiva do grande capital avançou com críticas à administração pública burocrática, apontando que esta deve ser superada e substituída por um modelo gerencial visando a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade nas ações e serviços voltados à saúde, favorecendo a mercantilização da área da saúde (BRAVO E MATTOS, 2006).

No programa de governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, eleito em 2002, a saúde foi abordada como um direito fundamental e expressou o compromisso do governo na garantia do acesso universal, equânime e integral aos serviços de Saúde e ganhou força pelas medidas implementadas no período anterior. Ao analisar a saúde no período do governo Lula, Bravo, entretanto, aponta para a manutenção da política macroeconômica anterior ao seu governo e a

continuidade da fragmentação e subordinação das políticas sociais à lógica econômica. Contudo, expõe alguns aspectos de inovação para a área da saúde que ocorreram durante esse governo, assim como aspectos ligados à continuidade das tomadas de decisão da gestão anterior.

Durante aquele período, houve o aprofundamento das desigualdades sociais presentes na sociedade brasileira e a política de saúde manteve a polarização entre os dois projetos antagônicos, em alguns momentos, favorecendo a retomada de aspectos do projeto ligado à Reforma Sanitária (deixado de lado na década anterior e, em outros momentos).

Tais desigualdades sociais contribuíram com o projeto privatista de focalização e de financiamento da política de saúde. Pontos importantes a considerar, dizem respeito a não materialização da concepção da Seguridade Social prevista na Constituição Federal de 1988, pois ocorreram poucas ações de articulação entre a política de saúde, a política de assistência social e a política de previdência social. Alguns programas governamentais, promoveram, ainda que parcialmente, esta integração entre as políticas, como o Programa Bolsa Família (PBF)¹.

O SUS, enquanto proposta de um sistema público universal não foi plenamente efetivado, então, se consolidou como um serviço destinado principalmente às camadas sociais mais pauperizadas da população que não acessam serviços de saúde através dos planos e convênios privados. Entretanto, há também uma grande parcela da população que retorna ao SUS quando o sistema privado de saúde demonstra sua ineficiência e/ou se recusa a contemplar determinadas necessidades de saúde dos/as usuários/as pouco rentáveis do ponto de vista do mercado financeiro.

O desfinanciamento, focalização, incentivo à lógica de produtividade, privatização, precarização e a terceirização dos recursos humanos no SUS, expressam a continuidade do projeto Privatista hegemônico, inclusive, durante os anos de governo do Partido dos Trabalhadores/as (PT).

¹ O Programa Bolsa Família foi um programa de transferência de renda desenvolvido pelo Governo Federal com o objetivo de promover a articulação e integração do acesso à direitos sociais, em especial os direitos de saúde, educação e assistência social para famílias em situação de de pobreza e de extrema pobreza (Brasil, 2004).

Entra na disputa assim o terceiro projeto caracterizado como o projeto da *reforma sanitária flexibilizada* (BRAVO,2018), que tem sua consolidação ainda nos governos petistas, e é moldado a partir das contradições existentes para a implementação do SUS, as contrarreformas do Estado brasileiro e, conseqüentemente, o desmonte e privatização da saúde pública no país. Ele tem como proposta a adoção de um “SUS possível” dentro de um cenário de retirada de direitos da classe trabalhadora e de crescente protagonismo do setor privado na saúde (BRAVO E PELAEZ, 2018).

Ao chegar ao poder, a partir do Golpe que destituiu a presidenta Dilma Rousseff em 2016, Michel Temer assumiu o governo federal, o que significou para o setor da saúde brasileira uma expressiva ofensiva do protagonismo do projeto de saúde privatista, com medidas que contribuiriam para o desmonte do SUS, na contramão do seu caráter público e universal. Naquele contexto, evidenciou-se que o Governo Temer atendeu à necessidade de respostas neoliberais para as demandas urgentes de ampliação da acumulação do capital, num contexto de esgotamento do caráter de conciliação de classes sociais implementado dos governos do PT.

Sendo assim, o primeiro passo do Governo Temer e que deu continuidade às contrarreformas foi a criação da Emenda Constitucional n. 95/2016, que instituiu um Novo Regime Fiscal no âmbito do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União, prevendo que durante vinte anos, as despesas primárias do orçamento público ficariam limitadas à variação inflacionária, o que implicou num profundo estrangulamento financeiro de todas as políticas sociais (BRAVO E PELAEZ, 2018).

Os atuais limites para acessar a saúde no Brasil, são resultado das transformações políticas, sociais e culturais na sociedade brasileira nas últimas décadas (bem como das escolhas políticas dos governantes), onde o mercado se destaca, enquanto a saúde pública é cada vez mais precarizada, ao se atender aos interesses da capital por taxas de lucro cada vez maiores.

As contrarreformas se aprofundaram muito mais no governo Bolsonaro, em seu programa de governo. Tem sido expressiva a defesa da privatização como alternativa para atingir a eficiência econômica e como suposta forma de atingir o

bem-estar, a distribuição de renda e a solução para o equilíbrio das contas públicas, embora a relação com o setor privado e os subsídios para a saúde não tenham sido mencionados no programa de governo (BRAVO; PELAEZ E MENEZES, 2019).

O programa de governo bolsonarista deixou de fora também maiores informações sobre a proposta do governo para a política de saúde, havendo apenas quatro páginas no documento destinadas à saúde. A respeito da Política de Saúde Mental, a Nota Técnica nº 11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas ganhou destaque, pois:

O documento reacendeu debates e preocupações em torno desta política, por dois motivos principais: 1. reduzir a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e fortalecer as “comunidades terapêuticas”, que pouco têm de comunidade e menos ainda de terapêutica, se configurando como espaço de violações de direitos e pouquíssimos resultados; 2. liberar a compra de aparelhos de choque elétrico e fortalecer os manicômios, desconsiderando o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial (BRAVO; PELAEZ E MENEZES, 2019, p. 08).

O retrocesso presente na referida Nota Técnica, se contrapõe a várias conquistas de direitos dos últimos anos, expressas em instrumentos normativos dos anos precedentes, como a Política de Redução de Danos e o modelo de atenção em saúde mental igualmente progressista politicamente, que pressupõe a constituição dos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), cujos atendimentos correspondem à proposta de reforma psiquiátrica², em consonância com a saúde pública e estatal através do SUS.

Isso também ocorreu no documento elaborado pelo Banco Mundial intitulado “Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro” apresentado à

²A Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, foi um marco na sociedade brasileira, resultado da histórica organização e luta antimanicomial para a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a lei prevê o fechamento gradual de manicômios e hospícios, tendo entre as suas diretrizes a prioridade de intervenções que não necessitem da internação dos/das usuários/as, visando a construção de uma nova noção de cuidado em saúde mental (PASSOS, 2015)

Câmara dos Deputados em abril de 2019, trazendo para a discussão a eficiência dos hospitais públicos no Brasil, dentre outros elementos abordados no documento:

uma das premissas do Banco Mundial é de que há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual de gasto público, como se não houvesse necessidade de maior financiamento ou de revogação da EC 95. Defende a cobertura universal de saúde, em substituição ao termo universalidade como princípio do SUS, e deixa nítida, a cada recomendação, a concepção de cobertura universal como um pacote básico de serviços e estratégia de focalização, afastando a perspectiva da atenção básica ampla de acesso universal (BRAVO E PELAEZ, 2020, p. 203).

O então Secretário Executivo do Ministério da Saúde, João Gabbardo dos Reis, a respeito das informações presentes no documento do Banco Mundial, apontou o potencial para que este fosse utilizado como um guia para o governo avançar ainda mais na direção da privatização do setor, além de expressar estar de acordo com a premissa de que os hospitais geridos por Organizações Sociais (OS) teriam mais eficiência do que os hospitais que permanecem administrados pela gestão pública.

Outro retrocesso do Governo Bolsonaro no âmbito da saúde foi a reestruturação do Departamento de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), Aids e Hepatites Virais transformada em Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, incluindo doenças como tuberculose e hanseníase. Tal decisão foi tomada sem que houvesse diálogo com os movimentos sociais historicamente envolvidos na construção do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, e foi criticada por entidades que lutam no âmbito das ISTs, pelo retrocesso dessa medida e pela possível perda de espaço no combate às ISTs no Brasil, que até então era uma referência mundial no enfrentamento do tema (BRAVO E PELAEZ, 2020).

Diante desse contexto, que expressa inúmeros limites para a qualidade e o acesso à saúde pública pelos/as usuários/as de tais serviços, emergem novas

formas de organização e fortalecimento de frentes já existentes de luta em torno da defesa do direito à saúde, como a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde.

São amplos os debates em torno do conceito de *acesso à saúde* no Brasil, de acordo com os autores Sanchez e Ciconelli (2012), há quatro dimensões de acesso à saúde, que são: a disponibilidade, a capacidade de pagamento, a aceitabilidade e a informação, podendo estas ser utilizadas, a partir de indicadores de processos e resultados, para análise da existência de desigualdades ou equidade no acesso aos serviços de saúde.

Tendo sido construída como instrumento para as análises na década de 1970, a categoria teórica *acesso* passou a ser analisada não apenas em razão de aspectos geográficos (disponibilidade) e financeiros (capacidade de pagamento), mas passou a incluir também aspectos relacionados à cultura, à educação e a condições socioeconômicas.

Na perspectiva da Organização Mundial da Saúde (OMS) “a promoção de saúde é definida como o processo pelo qual as pessoas são habilitadas a melhorar a sua saúde e aumentar o controle sobre ela” (SANCHEZ E CICONELLI, 2012, p.261).

Para as autoras, a dimensão do acesso intitulada de disponibilidade diz respeito tanto à existência ou não de serviços de saúde (incluindo possíveis questões geográficas), como a distância física das instituições. Inclui também o fato de que os/as usuários/as e os/as trabalhadores/as da saúde, precisam utilizar os serviços oferecidos pelas instituições através dos meios de transporte necessários para chegar a elas, de horários de funcionamento adequados e da existência de emergências funcionais. Em síntese, a disponibilidade é a “relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, como distância e opções de transporte; relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados” (SANCHEZ E CICONELLI, 2012, p. 262). Tal dimensão tem como indicadores:

o tipo de serviço utilizado (hospitalar, médico, odontológico, emergencial, assistência domiciliar), local no qual o cuidado foi dispensado (residência, consultório, clínica, hospital), propósito do cuidado (preventivo, curativo), % da população em risco que

visitou ou não um médico em um dado intervalo, número de leitos, equipamentos (SANCHEZ E CICONELLI, 2012, p. 262).

Segundo Travassos e Martins (2004) há uma tendência para o deslocamento do conceito de acesso à saúde, a partir da análise dos resultados dos cuidados de saúde e não apenas do eixo de entrada nos serviços de saúde. Existe uma sugestão da OMS de uso de um novo indicador chamado de “cobertura efetiva”, cujo objetivo é analisar se determinada proporção da população que precisa de um procedimento de saúde recebeu de forma efetiva o procedimento e/ou tratamento necessário. Desta forma, tal indicador demonstra que a dimensão da disponibilidade, por si só, não é capaz de garantir o acesso, tampouco de avaliá-lo.

A dimensão da capacidade de pagamento engloba o custo de utilização dos serviços e a possibilidade de pagamento dos indivíduos, incluindo as discussões envolvendo o financiamento do sistema de saúde. Essa dimensão possui como indicadores: renda, fontes de renda, cobertura por seguro saúde, características da fonte regular de cuidado, custos diretos e indiretos com a saúde. Para McIntyre e Mooney, os seguintes elementos também poderiam indicar a capacidade de pagamento:

- custos diretos com saúde, como, por exemplo, preços de consultas, custos de testes diagnósticos, custos de medicamentos;
- custos indiretos, como custos com transporte e alimentação especial;
- custos indiretos, como perda de produtividade em decorrência do tratamento;
- elegibilidade dos indivíduos para a cobertura de planos de saúde ou o sistema público de saúde;
- renda, poupança, elegibilidade a crédito (SANCHEZ E CICONELLI, 2012, p. 263).

A terceira dimensão do acesso à saúde, a *aceitabilidade*, diz respeito à forma como os serviços de saúde são percebidos pela comunidade e pelos indivíduos, sintetizada como a “natureza dos serviços prestados e percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais” E os indicadores: “crenças e atitudes com relação à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado com a saúde, ansiedade relacionada à saúde, confiança no sistema de saúde” (SANCHEZ E CICONELLI, 2012, p. 262).

Essa é a dimensão que inclui dificuldades de confiança entre os/as usuários/as e os/as profissionais da saúde, influenciando as decisões e as experiências adquiridas pelos/as primeiros/as e afetando, principalmente, os grupos socialmente mais vulneráveis, como a população radicalizada, mulheres e a população LGBTQIA+. Alguns dos problemas ligados à confiança na dimensão da aceitabilidade são, para as autoras citadas a:

- indisposição do paciente em relatar seu histórico médico, dificultando o diagnóstico e o tratamento;
- taxas menores de utilização dos serviços secundários e terciários e menores taxas de intervenção em relação à necessidade;
- a adesão limitada ao tratamento ou não atendimento ao seguimento do tratamento, particularmente no cuidado crônico;
- o menor número de relatos de saúde espontâneos (SANCHEZ E CICONELLI, 2012, p. 264).

Por último, a dimensão da *informação* é o resultado da comunicação entre o sistema de saúde e o indivíduo, as autoras ressaltam a noção de empoderamento como parte das tomadas de decisão bem-informadas a respeito dos serviços de saúde. A assimetria na informação ocorre quando uma parcela da população acessa informações significativas a respeito de cuidados em saúde, e a outra parcela, não. A maneira pela qual os indivíduos enxergam a saúde e a doença favorece suas escolhas dos cuidados em saúde, e expressa sua subjetividade, e essa:

pode ser traduzida como o número de escolhas possíveis percebido pelo indivíduo dada a informação possuída por ele. (...) O número de escolhas possíveis percebido pelo indivíduo é frequentemente menor do que o número real de opções disponíveis, devido à ausência de conhecimento das opções por esse indivíduo. O conhecimento precário ou ausente impede o indivíduo de realizar as escolhas mais adequadas para a sua necessidade, efeito descrito por Thiede e McIntyre como falta de empoderamento. A informação pode determinar a lacuna entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos serviços de saúde (SANCHEZ E CICONELLI, 2012, p. 264).

Para alguns autores, a informação é tida como o cerne da discussão a respeito da equidade, Woodward e Kawachi apontam que a equidade é a eliminação de desvantagens que não estão ao alcance do indivíduo. Para McIntyre e Mooney, o acesso e a equidade são influenciados por determinações culturais (SANCHEZ E CICONELLI, 2012). Para Mackenbach e Kunst (1997):

as desigualdades em saúde definem-se pela prevalência ou incidência dos problemas de saúde entre os indivíduos do mais alto e mais baixo status socioeconômico. Destacam, os autores, que as desigualdades se interligam ao status socioeconômico do grupo ao qual pertencem os indivíduos (VIANA; FAUSTO E LIMA, 2003, p. 59).

Ao analisar, abordam a relação do acesso à informação ao nível de ações de prevenção à saúde adotadas pelo indivíduo. Para Perlow:

o nível educacional do indivíduo, que se traduzirá em letramento em saúde, define a sua capacidade de entender as suas próprias necessidades em saúde e, por consequência, procurar pelo cuidado, assim como tomar decisões bem-informadas com relação à sua saúde e bem-estar (SANCHEZ E CICONELLI p. 266, 2012).

Em suas análises, Thiede e McIntyre apontam que existem alguns determinantes para que a informação seja recebida de forma efetiva pelo indivíduo ao ponto de empoderá-lo com relação às suas escolhas diante das oportunidades de utilizar serviços de saúde, como a relação sociocultural estabelecida entre os atores trocando a informação, como também as características do receptor, como a sua condição socioeconômica (SANCHEZ E CICONELLI, 2012).

Ao longo das décadas, a importância do debate da equidade no acesso à saúde, trouxe avanços para as políticas sociais no Brasil, sendo a *equidade* um dos parâmetros de atuação do SUS. O tema da equidade passou a ganhar mais visibilidade na década de 1980 e teve como marco a estratégia da OMS intitulada “Saúde Para Todos no Ano 2000”.

Conforme exposto por Sanchez e Ciconelli, as quatro dimensões do acesso à saúde cada vez mais se confundem com equidade em saúde e as pesquisas e análises apontam que a problemática em torno do acesso à saúde, e a equidade em saúde, deve ser enfrentada por meio de ações intersetoriais e transversais, a:

todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde (SANCHEZ E CICONELLI, 2012, p. 267).

O conceito de *acesso desigual à saúde*, analisado a partir da incorporação de estudos referentes à dimensão da justiça social (e não apenas de diferenças existentes entre os grupos), permite que o debate aconteça, analisando o campo político e os valores éticos e morais presentes em determinada sociedade.

Assim, diante de um cenário de expressiva retirada de direitos e esgotamento dos ideais da Reforma Sanitária, torna-se necessário “resgatar a ênfase na dimensão política nos estudos sobre saúde, colocando em destaque a questão da construção de identidades dos sujeitos sociais” (COHN E ELIAS MANGEON, 2002, p. 173). Há uma ampla aceitação na literatura do conceito de equidade em saúde definido por Whitehead (1991). Para esta autora:

equidade em saúde (...) remete à noção de que, de acordo com os ideais, todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, no aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo. Consequentemente, equidade em saúde refere-se à redução das diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis, além de serem consideradas injustas (VIANNA; FAUSTO E LIMA, 2003, p. 59).

A assistência à saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres é uma discussão que remete à desigualdade do acesso à saúde. Parte-se de estudos, que serão expostos ao longo desta monografia, de que existência de uma orientação sexual dissidente, como a homossexualidade, contribui para que ocorra um acesso desigual à assistência à saúde.

O princípio da equidade que constitui o SUS, é necessário para que se possa pensar em caminhos para discutir um modelo de assistência à saúde sexual e reprodutiva capaz de assimilar a existência de usuárias não-heterossexuais.

1.2. O CAMPO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E DIREITOS SEXUAIS

O campo dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (DSRs) fazem parte dos conceitos de saúde sexual e saúde reprodutiva, são reconhecidos mundialmente e compõem o campo dos Direitos Humanos. Sua discussão e reivindicação ganhou visibilidade a partir da década de 1990, com o marco legal da Conferência Internacional sobre População em Desenvolvimento (CIPD) de 1994 na Cidade de Cairo, no Egito, e reiteradas em 1995 na Conferência de Mulheres ou Conferência de Pequim, na China.

O marco legal da conquista desses direitos resultou da organização e da luta política das mulheres ao longo da história, a partir de reivindicações que possibilitaram a elevação do debate dos direitos reprodutivos de forma mais ampla, a partir da discussão da promoção da saúde nos processos de desenvolvimento do ser humano, não apenas com enfoque na limitação do crescimento populacional.

Sua efetiva implementação na garantia da saúde sexual e reprodutiva, para homens e mulheres, advém das transformações dos direitos humanos em leis e políticas nacionais que avancem no reconhecimento dessas questões como fundamentais para o desenvolvimento de uma sociedade democrática, no entendimento de que tais medidas resultam das disputas de poder a partir das relações sociais estabelecidas entre os indivíduos em uma dada sociedade. Por isso, essa implementação é influenciada:

por muitos fatores e dinâmicas: questões relativas ao poder político, política demográfica e biopolítica, ciências médicas e da vida, tecnologias reprodutivas, empresas transnacionais, ativistas pró-escolha e anti-escolha que mediam interesses individuais e coletivos (WICHTERICH, 2015, p. 14).

Ávila (2003) aponta que esses direitos hoje reconhecidos internacionalmente como valores democráticos, incluídos na agenda política nacional e internacional, foram produzidos historicamente por ideias e questionamentos feministas: “os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade” (Ávila, 2003, 466). Segundo a autora, os direitos reprodutivos foram forjados nos seios do feminismo, enquanto os direitos sexuais, inspirados nos primeiros, tem sua origem compartilhada pelo movimento gay, movimento lésbico e movimento feminista:

É também um reconhecimento das razões históricas que levaram o feminismo a defender a liberdade sexual das mulheres como diretamente relacionada à sua autonomia de decisão na vida reprodutiva. A luta no campo ideológico para romper com a moral conservadora, que prescrevia para as mulheres a submissão da sexualidade à reprodução, teve um significado muito forte na história da prática política e do pensamento feministas. E continua tendo. Essa mesma moral é também definidora da heterossexualidade como expressão “natural” de relacionamento sexual e como a única que deveria ser aceita socialmente. A heterossexualidade como norma foi o

esteio desse modelo de sexualidade baseado em sexo-procriação. Meios repressivos foram historicamente instaurados para mantê-lo como comportamento hegemônico (ÁVILA, 2003, p. 466).

Os mecanismos de poder e controle dos corpos são usados historicamente para manutenção do *status quo*, utilizando-se da gestão da sexualidade para garantir que a heterossexualidade se mantenha como norma social, garantindo, conseqüentemente, que os sujeitos que não se enquadram em tais práticas sexuais, adquiram um status de subalternidade. E, ainda, a constituição de uma moralidade sexual conservadora para coibir a autonomia e a liberdade sexual, sobretudo a feminina, seja através do monitoramento do gênero das parcerias sexuais, seja através da censura a práticas sexuais voltadas ao prazer e não ao sexo-procriação.

O histórico controle externo sobre os corpos das mulheres por instituições patriarcais como a família, sistemas de saúde, sistemas jurídicos, comunidades religiosas e Estados motivaram os diferentes movimentos de mulheres a lutarem pela independência da opressão patriarcal (WICHTERICH, 2015).

O entendimento da necessidade da autonomia feminina no processo de expressão de sua sexualidade e escolhas reprodutivas se opõe à maternidade e/ou esterilização forçada e propõe a dissociação do sexo da necessidade da procriação. Esta é a principal postura das militantes feministas, reivindicando-se como sujeitos portadoras de direitos e defendendo o controle sobre seus próprios corpos.

Configurando-se como fundamentais para a promoção da saúde no seu conceito ampliado, um estímulo à promoção da cidadania e da democracia, os DSRs são categorias que devem ser pensadas de forma eficaz e estratégica para a construção de políticas públicas que priorizem a perspectiva de integralidade. Ávila destaca ainda, que “tratá-los como dois campos separados é uma questão crucial no sentido de assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida, o que permite relacioná-los entre si e com várias outras dimensões da vida social” (ÁVILA, 2003, p. 466).

A discussão desses conceitos no âmbito nacional e internacional representa conquistas históricas na luta pela cidadania e pelos direitos humanos, uma vez que

eles “abrangem o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da anticoncepção autodecidida” (TELO E WITT, 2018, p. 3482).

A defesa pela implementação DSRs, inserida na perspectiva dos direitos humanos, tem de estar alinhada com uma agenda política que visa à justiça social, atuando na redução das desigualdades sociais, em consonância com as diferentes especificidades dos sujeitos sociais, com a parcela da classe trabalhadora em maior vulnerabilidade social e os grupos sociais discriminados. Por isso, seu avanço é indissociável da ampliação dos sistemas de saúde, da contestação das políticas sociais de cunho neoliberal e do estímulo à participação nas tomadas de decisão nas esferas da vida pública pelos sujeitos envolvidos.

Da sua origem à atualidade, o campo dos DRS é marcado por avanços e retrocessos, resultado da disputa de poder entre feministas reivindicando direitos históricos para mulheres, grupos gays e lésbicos, ativistas pelos direitos da população LGBTQIA+ contra forças patriarcais conservadoras, grupos religiosos fundamentalistas e movimentos de direita antigênicos (WICHTERICH, 2015), que juntos geram inúmeros obstáculos para a materialização desses direitos e para a ampliação dessas discussões na cena pública.

1.3 TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE REPRODUTIVA NO BRASIL

A trajetória das respostas governamentais às questões relativas à esfera reprodutiva da vida teve destaque para as ações destinadas às mulheres. Nas primeiras décadas do século XX foram implementadas as primeiras políticas nacionais destinadas à saúde da mulher, os programas implementados se voltavam de forma exclusiva aos possíveis problemas decorrentes do parto e da gestação (BRASIL, 2005).

A ameaça de uma possível explosão populacional difundida na década de 1950 e 1960 pela teoria Malthusiana suscitou no crescimento de organizações privadas voltadas a conter o crescimento populacional brasileiro, contudo a atuação do setor público no âmbito do planejamento familiar foi quase nula (BRASIL, 2005).

A redemocratização brasileira na década de 1980 germinou na formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, com a participação de movimentos sociais, grupos feministas, pesquisadores e gestores estaduais na sua formulação. Representa um marco histórico no processo de ampliação dos cuidados relativos à saúde da mulher, ampliando as ações para além das demandas decorrentes do ciclo gravídico-puerperal, com um novo enfoque para a saúde da mulher em diferentes fases do seu ciclo vital. Não havendo grandes avanços na promoção do planejamento familiar.

O marco legal da Conferência Internacional sobre População em Desenvolvimento (CIPD) na década de 1990 trouxe consigo o direcionamento de que os países promovessem ações com o objetivo de promover os DSR para homens e mulheres. No entanto, anteriormente, o movimento feminista já vinha reivindicando repostas as demandas das mulheres por mais possibilidades de escolha e autonomia na esfera reprodutiva como parte da liberação feminina.

Voltado a ampliar o acesso às atividades destinadas à anticoncepção, foi publicado o manual técnico de Planejamento Familiar pelo Ministério da Saúde em (2002), como um conjunto de informações destinadas ao apoio aos profissionais da saúde para atuação de forma atualizada visando a garantia do exercício dos direitos reprodutivos, para homens e mulheres, nos serviços de saúde pública no Brasil. Dentre as atividades previstas no manual, se destacam atividades educativas para socializar conhecimentos sobre métodos anticoncepcionais, práticas de anticoncepção e exercício da sexualidade, atividades de aconselhamento, a partir de um processo de escuta ativa individualizado para acolhimento e identificação das demandas do indivíduo ou do casal em relação à riscos para contrair Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), e atividades clínicas com o intuito de promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher em relação à sua saúde sexual e reprodutiva.

A PAISM foi utilizada como referência para a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), como forma de firmar o compromisso do Estado brasileiro com ações no âmbito da saúde, elaborada no ano de 2004 alinhando com a perspectiva da ampliação e garantia dos DSR para homens, mulheres, adultos e adolescentes no contexto da Atenção Integral à Saúde

Um ano após, seguindo essa perspectiva, foi publicada a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (2005), elaborado pelo Ministério da Saúde, apresentando as diretrizes do Governo Federal para a garantia da promoção dos DSR para homens, mulheres, adultos e adolescentes, com o principal enfoque no Planejamento Familiar. Dentre as suas principais ações incluíam-se:

a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, incentivo à implementação de atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para usuários(as) da rede SUS; capacitação dos profissionais da Atenção Básica (AB) em saúde Sexual e Reprodutiva; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária (laqueadura e vasectomia) no SUS; implantação e implementação de redes integradas para atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual; ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e garantia de atenção humanizada e qualificada às mulheres em situação de abortamento; entre outras ações” (BRASIL, 2013, p. 20).

A conquista histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro resultou dos avanços democráticos da Constituição Federal de 1988 que possibilitou margem para a discussão da saúde como um direito de todos e dever do Estado, alinhando ideais de universalidade, integralidade e equidade nas ações realizadas no âmbito da saúde. Nesse sentido, os direitos reprodutivos partem da ideia de assegurar a livre tomada de decisão dos indivíduos sobre a própria fecundidade, a partir da escolha livre e responsável sobre o desejo de ter filhos, o número de filhos que desejam ter e em qual momento de suas vidas. Sendo necessário para sua implementação o direito à informação, à educação, informações sobre métodos e técnicas contraceptivas, além do direito de exercer a reprodução livre de discriminação, coerção e violência.

1.4 MARCO NORMATIVO DO RECONHECIMENTO DOS DIREITOS DAS MULHERES COM COMPORTAMENTO HOMOSSEXUAL, BISSEXUAL E PANSEXUAL E POR PESSOAS NÃO BINÁRIAS COM VULVA

Nesse tópico discorrerei sobre os processos de reconhecimento legal dos direitos das mulheres com comportamento homossexual, bissexual e pansexual e por pessoas não binárias com vulva, embora os dois últimos grupos não estejam referidos nos documentos analisados com tais nomenclaturas, expressam os percalços da legislação brasileira no reconhecimento dos direitos humanos na perspectiva de inclusão das reivindicações dos grupos de ativistas pela cidadania das pessoas LGBTQIA+. A partir do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3), do Programa Brasil Sem Homofobia, da Lei Maria da Penha, do reconhecimento por jurisprudência do direito ao casamento civil entre pessoas do mesmo gênero, bem como o reconhecimento jurídico-legal do crime de homofobia e sua inclusão na lei contra o racismo.

O PNDH foi um marco no processo de promoção dos direitos humanos no Brasil, realizado por meio do Decreto nº 1.904/1996, foi publicado inicialmente em 1996 e teve sua elaboração forjada a partir de acordos internacionais firmados pela participação do Brasil na II Conferência Mundial de Direitos. Promulgado pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), o PNH representou uma resposta do Estado brasileiro às pressões internacionais da Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas. U2 e à Corte Interamericana de Direitos Humanos decorrentes das críticas violações dos direitos humanos na chacina da Candelária (1993), o Massacre de Corumbiara (1995) e o Massacre do Eldorado dos Carajás (1996) (BOMBARDA, 2016).

Desse modo, o PNDH avançou com as pautas dos direitos humanos no Brasil, e visou o levantamento e a identificação de violações a esses direitos, possibilitou o avanço das leis em defesa dos direitos civis, como a defesa do direito à vida e à vida em segurança, a luta contra o trabalho forçado, o direito à liberdade, e a violência policial a liberdade de expressão. Com o intuito de direcionar ações governamentais na construção de políticas públicas para difusão dos direitos humanos.

O PNH2 foi elaborado em 2002, último ano do segundo mandato do Presidente FHC, por meio do Decreto nº 4.229/02, no intuito de promover uma atualização do programa a partir das críticas realizadas ao PNDH anterior. Também foi realizada uma consulta pública por meio da internet para a elaboração do novo programa, que avançou no reconhecimento e defesa dos direitos sociais, a partir do prisma da igualdade, em razão da necessidade de o Estado brasileiro reduzir índices de desigualdade. Assim, pela primeira vez a PNDH 2 trouxe a defesa aos direitos de livre orientação sexual e identidade de gênero entre as temáticas abordadas, com propostas destinadas ao segmento da LGBT da população.

O PNDH3 foi lançado pelo governo federal em 2009, pelo então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, por meio do Decreto nº 7.037/09, para dar continuidade e avançar nos programas elaborados anteriormente. Para isso, foram incorporadas ao programa sugestões recolhidas através de conferências nacionais com temáticas envolvendo a educação, a saúde, direitos das mulheres, igualdade racial, entre outros. O documento trouxe inúmeros avanços no trato dos direitos humanos no Brasil, contudo, desde o momento de seu lançamento recebeu uma série de ataques e questionamentos dos setores mais conservadores da sociedade, por meio de parlamentares da bancada evangélica, da frente parlamentar Mista Católica Apostólica Romana e Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Por repudiar os avanços contidos no programa, esses grupos cobraram a modificação das informações contidas no texto original, em defesa dos interesses de moral cristã da direita no país, e isso ocorreu em 2010, por meio do Decreto nº 7.177. Aqui vale destacar a temática dos direitos reprodutivos das mulheres, como a legalização do aborto. O texto desenvolvido originalmente causou controvérsia ao se manifestar de forma favorável ao projeto de lei de descriminalização do aborto.

O texto original, de dezembro de 2009, previa apoiar a aprovação do projeto de lei que descriminaliza o aborto, considerando a autonomia das mulheres para decidir sobre seus corpos (PNDH 3, 2009, p.91). Com a pressão de grupos como a CNBB, o texto foi alterado de modo a considerar o aborto como tema de saúde pública, com a garantia do acesso

aos serviços de saúde (PNDH 3, 2010, p. 91). (BOMBARDA, 2016, p.49)

Entre os objetivos estratégicos do documento, houve um importante avanço na inclusão dos direitos de mulheres, com comportamento homossexual, bissexual e pansexual e por pessoas não binárias com vulva para as ações programáticas definidas no PNDH 3. A diretriz 8, do eixo III “Universalizar Direitos Em contexto de Desigualdades” da PNFH 3, intitulada “Promoção dos direitos de crianças e adolescentes para o seu desenvolvimento integral, de forma não discriminatória, assegurando seu direito de opinião e participação”, propõe em uma de suas ações o dever de:

Exigir em todos os projetos financiados pelo Governo Federal a adoção de estratégias de não discriminação de crianças e adolescentes em razão de classe, raça, etnia, crença, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, deficiência, prática de ato infracional e origem (BRASIL, 2009, p.03).

A Diretriz 10, estabelece a “Garantia da Igualdade na Diversidade”, tendo como objetivo estratégico I a afirmação da diversidade para a construção de uma sociedade igualitária, visando:

a) Realizar campanhas e ações educativas para desconstrução de estereótipos relacionados com diferenças étnico-raciais, etárias, de identidade e orientação sexual, de pessoas com deficiência, ou segmentos profissionais socialmente discriminados (BRASIL, 2009, p. 04).

O objetivo estratégico IV dispõe de uma série de ações voltadas a:

a) Desenvolver políticas afirmativas e de promoção de uma cultura de respeito à livre

orientação sexual e identidade de gênero, favorecendo a visibilidade e o reconhecimento social

- b) Apoiar projeto de lei que disponha sobre a união civil entre pessoas do mesmo sexo.
- c) Promover ações voltadas à garantia do direito de adoção por casais homoafetivos
- d) Reconhecer e incluir nos sistemas de informação do serviço público todas as configurações familiares constituídas por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), com base na desconstrução da heteronormatividade
- e) Desenvolver meios para garantir o uso do nome social de travestis e transexuais.
- f) Acrescentar campo para informações sobre a identidade de gênero dos pacientes nos prontuários do sistema de saúde.
- g) Fomentar a criação de redes de proteção dos Direitos Humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), principalmente a partir do apoio à implementação de Centros de Referência em Direitos Humanos de Prevenção e Combate à Homofobia e de núcleos de pesquisa e promoção da cidadania daquele segmento em universidades públicas.
- h) Realizar relatório periódico de acompanhamento das políticas contra discriminação à população LGBT, que contenha, entre outras, informações sobre inclusão no mercado de trabalho, assistência à saúde integral, número de violações registradas e apuradas, recorrências de violações, dados populacionais, de renda e conjugais (BRASIL. 2009, p. 04).

Esse objetivo foi um marco positivo da PNDH 3 para o avanço da União Civil entre as pessoas do mesmo gênero e o reconhecimento dos direitos de adoção para casais homoafetivos. Com a elaboração das seguintes recomendações:

- Recomenda-se ao Poder Judiciário a realização de campanhas de sensibilização de juízes para evitar preconceitos em processos de adoção por casais homoafetivos.
- Recomenda-se ao Poder Legislativo elaboração de projeto de lei que garanta o direito de adoção por casais homoafetivos (BRASIL, 2009, p. 05).

O “IV” Segurança Pública, Acesso à Justiça e Combate à Violência, formulou pontos fundamentais para o enfrentamento da violência contra a população LGBT. Em sua diretriz 13, o objetivo estratégico IV prevê o fortalecimento dos instrumentos de prevenção à violência, destaca ações para: “a) Elaborar diretrizes para as políticas de prevenção à violência com o objetivo de assegurar o reconhecimento das diferenças geracionais, de gênero, étnico-racial e de orientação sexual” (BRASIL, 2009, p.07).

O objetivo Estratégico V prevê a Redução da violência motivada por diferenças de gênero, raça ou etnia, idade, orientação sexual e situação de vulnerabilidade, entre as suas ações está:

- d) Promover campanhas educativas e pesquisas voltadas à prevenção da violência contra pessoas com deficiência, idosos, mulheres, indígenas, negros, crianças, adolescentes, lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e pessoas em situação de rua. (..) o) Implementar ações de promoção da cidadania e Direitos Humanos das lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBT) com foco na prevenção à violência, garantindo redes integradas de atenção (BRASIL, 2009, p. 09).

Os demais avanços envolvendo a temática da segurança pública e o combate à violência contra a população LGBT giraram em torno de assegurar e regulamentar as visitas íntimas para a população carcerária LGBT e o direito de mulheres transexuais e travestis que estejam em regime de reclusão de serem encaminhadas para penitenciárias femininas.

Outro ponto fundamental abordado no PNDH III foi em relação à área da educação e da cultura em direitos humanos, assim como do resgate da memória por meio da reconstrução da história dos movimentos sociais com ações programáticas destinadas a:

Estabelecer diretrizes curriculares para todos os níveis e modalidades de ensino da educação básica para a inclusão da temática de educação e cultura em Direitos Humanos, promovendo o reconhecimento e o respeito das diversidades de gênero, orientação sexual, identidade de gênero, geracional, étnico-racial, religiosa, com educação igualitária, não discriminatória e democrática (...) Promover campanhas e pesquisas sobre a história dos movimentos de grupos historicamente vulnerabilizados, tais como o segmento LGBT, movimentos de mulheres, quebradeiras de coco, castanheiras, ciganos, entre outros (BRASIL, 2009, p. 12).

Um marco histórico no reconhecimento dos direitos da população LGBT no Brasil na perspectiva de defesa e promoção dos direitos humanos, diferentes ações previstas pelo Governo Federal na elaboração da PNDH 3, com recomendações e os responsáveis por promover tais ações.

O Brasil sem Homofobia (BSH), o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGTB e de Promoção da Cidadania Homossexual, foi elaborado pelo Governo Federal em associação com a sociedade civil organizada, por meio da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) publicado em 2004, em resposta às históricas reivindicações de ativistas pelo reconhecimento dos direitos humanos das pessoas LGBT, foi um marco na história da luta pela cidadania e do respeito a diversidade. Elaborado durante o primeiro mandato presidencial do governo do Lula (2002-2006), marcado pela aproximação e diálogo do Partido dos Trabalhadores (PT) com redes e lideranças LGBTs (Irineu, 2014). Visando equiparar direitos e combater violências contra grupos homossexuais, o programa foi elaborado para assegurar:

a) apoio a projetos de fortalecimento de instituições públicas e não governamentais que atuam na promoção da cidadania homossexual e/ou no combate à homofobia; b) capacitação de profissionais e representantes do movimento homossexual que atuam na defesa de direitos humanos; c) disseminação de informações sobre direitos, de promoção da autoestima homossexual; e d) incentivo à denúncia de violações dos direitos humanos do segmento LGBT (CONSELHO, 2004, p. 11).

O protagonismo das Organizações Sociais (ONGs) ativistas na formulação e nas ações previstas para execução do Programa Brasil sem Homofobia expressa o caráter das políticas neoliberais de desresponsabilização do Estado na:

transferência de responsabilidades, dissuadidas pela falácia de uma pseudoparticipação – na qual a categoria sociedade civil aparece notoriamente no discurso governamental enquanto coparticipe da transformação de uma sociedade injusta e excludente em uma sociedade justa e solidária (MONTAÑO, 1999 *apud* IRINEU, 2014, p.197).

A ausência de responsabilização do Estado pelas ações de avaliação e monitoramento do BSH comprometeu o avanço da solidificação dos direitos da população LGBT e do combate à homofobia presente no Estado. Isto fortaleceu os inúmeros desafios de ampliação e transversalização das políticas macro, no desenvolvimento das ações de:

apoio a projetos de ONGs; capacitação de militantes e ativistas; criação de núcleos de pesquisa em universidades públicas; projetos de capacitação de professores da rede pública; programas na área de saúde e prevenção de DST/AIDS; e criação de centros de referência em direitos humanos e combate a crimes de homofobia (IRINEU, 2014, p.199).

Nesse sentido, as ações desenvolvidas pelo BSH ocorreram de maneira dispersa e sem continuidade, embora tenha sido realizado alguns dos compromissos

estabelecidos, como a I Conferência Nacional de Políticas Públicas para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, intitulada como sendo os direitos Humanos e Políticas Públicas, sendo o caminho garantindo a cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis no ano de 2008 (IRINEU, 2014). Um limite importante deste e dos demais programas foi o baixíssimo investimento financeiro do Estado na sua implementação.

A Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340/2006, é responsável por criminalizar práticas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entendendo-se que as diferentes práticas envolvendo violências contra as mulheres ferem os direitos humanos e devem ser coibidas e prevenidas pelo Estado. Foi elaborada em razão da pressão internacional ao Estado brasileiro pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, em razão da ausência de respostas frente às violências domésticas cometidas no país. Foi formulada a partir da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir. A lei estabelece em seu art. 2º que:

toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (BRASIL, 2011, p. 16).

Dessa maneira, a Lei Maria da Penha foi por muito tempo a única lei federal que contemplava o reconhecimento de casais homossexuais (lésbicos) e os direitos de mulheres com comportamento homossexual, bissexual e pansexual, ao reconhecer os direitos das mulheres, independentemente da orientação sexual.

O marco legal do reconhecimento do crime de homofobia pelo Estado brasileiro ocorreu por meio do enquadramento de condutas homofóbicas e transfóbicas através da Lei 7.716/1989, que define crime discriminações e violências resultantes de preconceito de raça ou de cor. Essa decisão ocorreu em razão do reconhecimento do Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) de omissão

inconstitucional do Congresso Nacional pela não criminalização de atos de homofobia e transfobia.

Essa decisão pela via da jurisprudência foi tomada e deve ser levada em conta até que seja elaborada pelo Congresso Nacional uma lei federal de criminalização de atos homofóbicos e transfóbicos. A ausência da criminalização das violências contra a população LGBTQIA+ contribuiu para que o Brasil se estabelecesse como o país que mais mata pessoas transsexuais e travestis no mundo (ANTRA, 2018).

Outro marco do reconhecimento dos direitos de mulheres com comportamento homossexual, bissexual, pansexual foi o reconhecimento da possibilidade do casamento civil entre pessoas do mesmo gênero, o que favoreceu o reconhecimento da existência de famílias monoparentais, a partir da inclusão dos direitos previstos na Lei de União Estável. A Resolução n. 175 publicada pelo Conselho Nacional de Justiça trouxe a garantia da possibilidade do casamento entre pessoas do mesmo gênero. No entanto, ainda não há no Brasil um projeto de lei oficializando o casamento entre pessoas do mesmo gênero.

1.5 MARCO NORMATIVO DO RECONHECIMENTO DOS DIREITOS DOS DIREITOS DAS MULHERES COM COMPORTAMENTO HOMOSSEXUAL, BISSEXUAL E PANSEXUAL E POR PESSOAS NÃO BINÁRIAS COM VULVA NA POLÍTICA DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 traz princípios de igualdade e equidade que estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado brasileiro. Contudo, os marcos legais de reconhecimento da atenção às especificidades na atenção à saúde de mulheres com comportamento homossexual, bissexual e pansexual e por pessoas não binárias com vulva, visando reduzir as desigualdades sociais e discriminações, ocorreu através da reivindicação histórica de ativistas do movimento LGBTQIA+. No próximo tópico, irei discorrer sobre o marco normativo construído no âmbito do reconhecimento legal da atenção à saúde desse grupo.

O eixo III, “Universalizar Direitos Em contexto de Desigualdades”, do PNDH 3, em sua diretriz 7, propõe no objetivo estratégico IV, a Ampliação do acesso universal a sistema de saúde de qualidade, especificando a ampliação da atenção à saúde

para pessoas LBGTQIA+, descritos no documento em algumas de suas ações programáticas, como:

a) Expandir e consolidar programas de serviços básicos de saúde e de atendimento domiciliar para a população de baixa renda, com enfoque na prevenção e diagnóstico prévio de doenças e deficiências, com apoio diferenciado às pessoas idosas, indígenas, negros e comunidades quilombolas, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, crianças e adolescentes, mulheres, pescadores artesanais e população de baixa renda (PNDH-3, 2009 p. 60);

g) Estimular programas de atenção integral à saúde das mulheres, considerando suas especificidades étnico-raciais, geracionais, regionais, de orientação sexual, de pessoa com deficiência, priorizando as moradoras do campo, da floresta e em situação de rua (PNDH-3, 2009, p.62).

Assim, as respostas às demandas específicas da saúde desse grupo passaram a ser reconhecidas a partir do PNDH e do BSH. Esse último teve entre as ações programáticas desenvolvidas a realização da I Conferência Nacional LGBT em junho de 2008. Foram realizadas conferências estaduais no intuito de construir propostas para serem debatidas coletivamente na Conferência Nacional, visando a elaboração de propostas de políticas públicas para essa população. Tal Conferência foi realizada com a participação de 51% de pessoas que se identificaram enquanto gays; 28% como lésbicas; 13% de travestis; 2% de travestis masculinos e 6% de transexuais femininas, sendo a bissexualidade invisibilizada na participação. (Irineu, 2014).

A partir dos desdobramentos das propostas debatidas na Conferência Nacional LGBT, foi lançado em 2009 o Plano Nacional de Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, tendo:

2 eixos estratégicos: I – Promoção e defesa da dignidade e cidadania LGBT ;II – Implantação sistêmica das ações de

promoção e defesa da dignidade e cidadania LGBT, com ações a serem desenvolvidas em curto prazo (ainda em 2009) e em médio prazo (até 2011) distribuídas entre os ministérios: da Saúde; Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Trabalho e Emprego; Previdência Social; Relações Exteriores; Turismo; Justiça; Segurança Pública; Educação; Cultura; Defesa; Cidades; Meio Ambiente; Planejamento, Orçamento e Gestão; e a SEDH (IRINEU, 2014, p.201).

Com a inclusão do Ministério da Saúde como um dos responsáveis no desenvolvimento de ações para promover a cidadania da população LGBTQIA +, o Plano reconheceu legalmente a responsabilidade do governo federal com a promoção de ações voltadas à atenção à saúde desse grupo. Segundo o documento, “o Plano contempla, numa perspectiva integrada, a avaliação qualitativa e quantitativa das propostas aprovadas na Conferência Nacional LGBT, considerando ainda a concepção e implementação de políticas públicas” (BRASIL, 2009, p. 09). No entanto, ele foi elaborado por uma equipe técnica dos ministérios, não havendo a participação de representantes do movimento LGBTQIA+ na sua formulação.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS foi lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde visando enfrentar alguns dos desafios éticos, políticos, financeiros e de organização do sistema de saúde postos para a efetivação do direito à saúde no país. Entre os desafios, está o enfrentamento à descentralização da atenção e da gestão, à fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, a precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção e o desrespeito aos direitos dos usuários (BRASIL, 2009). A política tem entre seus princípios norteadores:

a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.) (BRASIL, 2009, p.17, grifo nosso).

O reconhecimento legal da necessidade de diretrizes para a formação e capacitação profissional destinadas a aprimorar o acolhimento, a ampliação da clínica, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários por meio da PNH, caminhou no sentido de promover a atenção às especificidades dos usuários, avançando no reconhecimento do direito à saúde do grupo estudado, ao destacar a valorização da dimensão subjetiva e social e o respeito às questões de gênero e sexualidade (PASCHE; PASSOS E HENNINGTON, 2011).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) foi lançada em 2010 pelo Ministério da Saúde. Ela representa um marco histórico no reconhecimento das especificidades da saúde desse grupo, e foi elaborada em conformidade com o princípio da equidade, presente na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, na Carta dos/as Usuários/as do Sistema Único de Saúde, publicada em 2006 pelo Ministério da Saúde. Este último instrumento normativo, visando difundir a os direitos e deveres dos/as usuários/as contidos na legislação do SUS, no intuito de contemplar as especificidades dos diversos grupos sociais a discussão qualificada em torno do direito à saúde.

Assim, foi tal Política foi elaborada visando a ampliação da perspectiva de integralidade na atenção à saúde e reconhece a orientação sexual e a identidade de gênero como situações complexas que trazem fatores de vulnerabilidade para a saúde, não apenas em razão de práticas sexuais, mas também vulnerabilidades resultantes de estigmas, discriminação e exclusão social (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi um marco no reconhecimento de direitos da população negra no Brasil por reconhecer os efeitos do racismo institucional e das discriminações étnico-raciais como determinantes sociais das condições de saúde. Foi elaborada em 2006 pelo Ministério da Saúde, havendo diálogo com integrantes de movimentos sociais voltados ao combate das discriminações étnico-raciais no Brasil.

O documento reconhece especificidades e vulnerabilidades nas quais a população negra se insere ao buscar o SUS, em razão do local de subalternidade a que foi submetida ao longo do processo sócio-histórico e cultural de formação social

do país. A partir das vulnerabilidades constatadas nos índices de maior precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil e na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, vemos esse quadro. Com o objetivo de promover a saúde integral para a população negra, a PNSIPN foi formulada visando combater o racismo institucional através da redução de desigualdades étnico-raciais e da discriminação racial. Entre os objetivos específicos da política, destaco o objetivo III:

Incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social (BRASIL, 2006 pág.20).

Desse modo, a PNSIPN traz em seus objetivos a necessidade do combate às discriminações étnico-raciais em articulação com o combate as discriminações de outras características que trazem vulnerabilidade para os/as usuários/as dos serviços de saúde, como gênero e orientação sexual. A PNSIPN foi também um marco no reconhecimento dos direitos das mulheres negras com comportamento homossexual, bissexual e pansexual e por pessoas negras não binárias e com vulva na política de saúde brasileira.

CAPÍTULO 2

**SAÚDE SEXUAL DE MULHERES HOMOSSEXUAIS, BISSEXUAIS E
PANSEXUAIS A PARTIR DE UMA AMOSTRAGEM NAS REDES SOCIAIS**

2.1 LIMITES DO ACESSO DAS LÉSBICAS, BISSEXUAIS E PANSEXUAIS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

Embora tenha havido um avanço no que tange às normativas legais visando a inclusão de ações voltadas à saúde da população LGBT, em resposta à luta e a participação política dos movimentos sociais na luta pela equidade durante a redemocratização do país durante a década de 1980, esse marco não se materializou efetivamente na assistência à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais e pansexuais. Isso parece ter ocorrido por inúmeros preconceitos e discriminações presentes em diferentes dimensões da saúde, tais como nas instituições de saúde, e nos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde.

A homossexualidade deixou de ser considerada uma doença apenas em maio de 1990, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a retirou da lista de Classificação e Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID). No entanto, no imaginário social e no “senso comum” prevalece ainda hoje a ideia hegemônica de que a sexualidade tem de ser heterossexual, atribuindo um status de subalternidade, de “menos humanas”, àquelas pessoas que vivenciam sua sexualidade fora da lógica heteronormativa (FLEURY E TORRES, 2007).

A respeito da bissexualidade pode se observar uma grande lacuna, ainda no campo da psicologia. O termo teve origem a partir da obra freudiana, porém até mesmo inserido na psicanálise pode se ver visões bem diferentes a respeito do uso de todo o seu conceito, mesmo sendo esse um vasto campo dentro da psicanálise, Freud um grande clínico e que iniciou a dar uma grande importância à bissexualidade depois de trocar ideias com seu amigo Wilhelm Fliess, primeiro autor a conceituar a bissexualidade na psicanálise que falava que existiria entre os dois sexos uma relação de harmonia invertida um espelho (ALMEIDA, 2015).

Uma pesquisa feita em 102 municípios do Brasil, onde 2.363 pessoas foram entrevistadas, apontou que dessas, 89 % foram contra a homossexualidade masculina e 88 % foram contra a lesbianidade e a bissexualidade de mulheres (ALMEIDA, 2007). Historicamente, a forma a qual a saúde das mulheres lésbicas,

bissexuais e pansexuais vem sendo abordada nas ações voltadas à promoção de saúde da população LGBTQIA + é marcada pela negligência e pela invisibilidade no reconhecimento de suas demandas específicas.

Diante desse cenário, Valadão e Gomes (2011) ao analisarem o modelo da heteronormatividade e o modelo biomédico para explicar o processo de invisibilidade de lésbicas e mulheres bissexuais na área da assistência integral à saúde da mulher, responsáveis por produzir a exclusão social e violência simbólica contra esses grupos, apontam que para o atendimento dessas demandas específicas de saúde é preciso:

que se desconstruam a eternização e a des-historização da subordinação das mulheres nos mais diversos grupos societários, bem como na perspectiva da exclusão das lésbicas e de mulheres bissexuais, combatendo as invisibilidades institucionais que as acometem e as vulnerabilizam (VALADÃO E GOMES, 2011, p.1452).

Os limites para o acesso à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais e pansexuais analisados a partir da invisibilidade à qual essas mulheres estão submetidas no âmbito da execução das políticas públicas e no campo científico, são analisados por diferentes autores, que expõe entre as possíveis implicações da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença dessa população “o alto grau de estresse; desconforto por causa do não acolhimento das especificidades de suas demandas de saúde e baixa efetividade em tratamentos” (VALADÃO E GOMES, 2011, p.1457).

Na pesquisa desenvolvida por Coelho (2001), entre as queixas relatadas por mulheres lésbicas e bissexuais ao utilizar serviços destinados à saúde sexual, estiveram presentes a indiferença e o preconceito, nos momentos em que a sexualidade não heterossexual eram relatadas. O receio de maus-tratos por parte dos/as profissionais de saúde ao revelar sua orientação sexual, somado à negligência por parte dos/as profissionais, no campo da atenção integral à saúde da mulher, ao não incentivarem a verbalização das orientações sexuais das usuárias, faz com que muitas mulheres não exponham sua sexualidade e suas práticas

sexuais durante as consultas ginecológicas, impedindo que informações relevantes para o exercício sexual saudável para mulheres lésbicas e bissexuais sejam transmitidas.

É destacado por Almeida (2009) que a ausência de um ambiente propício à discussão das especificidades da assistência à saúde lésbica nos serviços de assistência à saúde contribui para o negligenciamento de informações durante os atendimentos, de forma bilateral, considerando o desconforto das usuárias para expor sua sexualidade e suas vivências.

O receio vivenciado por essas mulheres pode ser explicado a partir da constatação do próprio Ministério da Saúde (2008), de que mulheres lésbicas, quando comparadas às mulheres heterossexuais, sofrem níveis elevados de violência física e psicológica, em espaços públicos e em espaços privados.

Desse modo, pode haver a intensificação das vulnerabilidades as quais esse grupo é submetido, ao não receberem uma assistência qualificada, com grande impacto também para a sua saúde mental, pois encontram-se mais expostas à violência psicológica (ALMEIDA, 2009).

Diante disso, as consultas ginecológicas se configuram como um espaço problemático tanto pela exposição do corpo em si, como pela partilha de comportamentos socialmente desvalorizados (BARBOSA E FACCHINI, 2009).

As pesquisas e análises realizadas por diferentes autores para explicar a invisibilidade e a exclusão das orientações sexuais não heterossexuais nos serviços de saúde, se alinham a uma perspectiva dos movimentos sociais voltados à defesa dos direitos das mulheres lésbicas e bissexuais, e da população LGBT em geral, e tem em comum a crítica ao modelo biomédico e ao modelo heteronormativo. O primeiro, guiado pela abordagem da anátomo-fisiopatologia:

produz habitus que estruturam olhares profissionais generalizantes (incapazes de perceber as diferenças) e etnocêntricos (constituído por uma tradição cartesiana que atravessa séculos) (ALMEIDA, 2009). Esses olhares não só revelam um despreparo para se lidar com as especificidades

sexuais, mas também não permitem que mulheres revelem sua lesbianidade ou sua bissexualidade (ALMEIDA, 2009; BARBOSA & FACCHINI, 2009). Junto a isso, ao longo do tempo, esse modelo estruturou um discurso médico que contribuiu para a patologização das sexualidades socialmente estigmatizadas (LIONÇO, 2008) (VALADÃO E GOMES, 2011, p.1459).

Já o modelo da heteronormatividade, responsável por produzir no imaginário social a ideia de que toda sexualidade é, por norma, heterossexual, permite que:

haja um despreparo em se lidar com a pluralidade da orientação sexual e, de outro, produzam-se dificuldades de as mulheres a revelarem sua sexualidade não heterossexual a esses profissionais (BARBOSA; FACCHINI, 2009). Caminhando na contramão desses habitus, na literatura estudada, propõe-se uma desnaturalização da heterossexualidade, considerando-se outras sexualidades legítimas (VALADÃO E GOMES, 2011, p. 1459).

Os estudos desenvolvidos por Facchini e Barbosa (2006) apontam o despreparo dos/as profissionais de saúde para o atendimento das mulheres lésbicas, marcado pela heteronormatividade presente na condução de seus atendimentos, ao privilegiar, muitas vezes, os programas de saúde reprodutiva, em detrimento da saúde sexual das mulheres. O não reconhecimento das suas especificidades no atendimento à saúde dessa população impede a materialização do acesso à saúde sexual, com impacto para suas expectativas de vida, considerando que:

com relação ao câncer de colo de útero, existem evidências claras de sua ocorrência entre as mulheres desse grupo populacional. A associação entre infecção por HPV (Papiloma Vírus Humano) e neoplasia cervical foi detectada entre mulheres homossexuais na presença e na ausência de relato de relações sexuais com homens, sugerindo a possibilidade de

sua transmissão na relação sexual entre mulheres (FACCHINI E BARBOSA, 2006, p. 19).

Ao tornar visíveis os modelos que explicam o lugar de invisibilidade em que essas mulheres são colocadas, expõe-se as possíveis vulnerabilidades as quais podem estar submetidas por diferentes doenças, “com a explicitação dos modelos que estruturam essa exclusão intenciona tornar visível o que foi excluído” (VALADÃO E GOMES, 2011, p. 1460).

Em muitos casos, por mulheres não heterossexuais são vistas como “não mulheres”, “são excluídas do acesso a exames Papanicolau e de mama, que são parte do protocolo de exames comuns às mulheres” (ALMEIDA, 2009, p. 313).

Uma pesquisa realizada em 2002, pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, apontou que a cobertura do exame Papanicolau era de 89%, entretanto, entre as mulheres lésbicas e bissexuais a cobertura caía para 66%. Em dados presentes no Dossiê da Saúde da Mulher (2006), entre 40% e 60% das mulheres lésbicas não revelavam sua orientação durante as consultas ginecológicas, 28% das que revelavam apontavam a partir daí maior rapidez no atendimento médico e 17% consideravam que os/as médicos deixaram de solicitar exames considerados necessários para elas (FACCHINI E BARBOSA, 2006).

A partir disso, por estarem mais propícias a violências físicas e psicológicas, por receio de passarem por situações discriminatórias e de negligência, muitas mulheres permanecem em silêncio a respeito da sua orientação sexual, o que contribui:

para que se mantenha a invisibilidade ou negação da existência da homossexualidade feminina. Como desdobramentos, podemos não ter uma compreensão do perfil dessas mulheres, das suas demandas e das suas dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Assim, esse silêncio sobre a orientação sexual por parte das lésbicas pode contribuir tanto para a sua vulnerabilidade quanto para a sua invisibilidade social, trazendo dificuldades para que as políticas públicas

possam melhor localizá-la (VALADÃO E GOMES, 2011, p. 1461).

Valadão e Gomes (2011) ao analisarem a invisibilidade e as violências as quais mulheres lésbicas e bissexuais são submetidas, destacam, a partir de Bourdieu (2009), que há também “aquela de ordem simbólica, que pode ser entendida como a que é eufemizada, branda, invisível ou dissimulada” (VALADÃO E GOMES, p. 1461, 2011).

É através da violência que são vigiadas as fronteiras entre gêneros e orientações sexuais, “as pessoas que conspiram contra essas fronteiras são colocadas na clandestinidade, seja pelo não atendimento de suas demandas de saúde sexual, seja pela negação das informações que, por direito, deveriam lhes ser disponibilizadas” (Greig, 1998 *apud* VALADÃO E GOMES, 2011, p. 1462).

A violência simbólica está associada à dominação simbólica, onde as pessoas podem estar submetidas a diferentes domínios simbólicos: branco, masculino e burguês. desse modo, “poder-se-ia hipoteticamente considerar maior superposição de dominações simbólicas para as lésbicas negras e pobres.” (Bourdieu, 1999 *apud* VALADÃO E GOMES, 2011, p. 1462).

Dito isso, foi através de diálogos e alianças estabelecidas pelo campo das políticas públicas e dos movimentos sociais que se explicitou as iniquidades na promoção à saúde e criou-se estratégias coletivas para ir contra o conservadorismo do modelo biomédico e do modelo heteronormativo e para criar políticas específicas para a população LGBT.

Segundo Popadiuk; Oliveira e Signoelli (2016), todas as discussões onde a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, com o acesso aos processos Transexualizador do SUS (Sistema Único de Saúde) com os avanços e os desafios relacionado a constituição do Processo Transexualizador nos princípios do SUS, a PNSILGBT uma iniciativa onde para a construção de mais igualdade no SUS e na garantia do acesso ao Processo Transexualizador na rede.

Trazendo também como objetivo a PNSILGBT, vem para qualificar a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para toda a atenção e os cuidados integrais com a saúde de toda a população LGBT (BRASIL, 2013).

A PNSILGBT também traz consigo a possibilidade de incluir o tema do enfrentamento a todas as discriminações de gêneros, raça, orientação sexual, cor e também território nos processos de educação permanentes dos gestores, e os/as trabalhadores/as da saúde como também os/as integrantes dos Conselhos de Saúde, e todo o terceiro eixo da educação constante e a educação popular em saúde com todo o foco na população LGBT, com alguns pontos de grande importância para construir de uma formação sempre apropriada para funcionários e também profissionais de saúde (BRASIL, 2013).

Embora a própria Política Nacional Integral de Saúde LGBT (2010) reconheça a invisibilidade da população lésbica em relação às campanhas, aos insumos e aos cuidados de prevenção da Aids no Brasil, as mulheres lésbicas, sobretudo as negras, seguiram sendo invisibilizadas nas práticas de promoção à saúde LGBT. Os princípios do SUS sugerem a universalidade e a igualdade na assistência à saúde, no entanto:

Segundo Canel e Souza (2017), que realizaram uma análise da Política Nacional Integral de Saúde LGBT, o foco da política na abordagem da saúde das mulheres lésbicas, avança no reconhecimento das necessidades de prevenção da saúde sexual das lésbicas, mas não traz questões como relações de poder, racismo, sexismo que silenciam as vozes das mulheres lésbicas (DINIZ, 2019, p.22).

De acordo com Plano Nacional de Promoção da cidadania e Direitos Humanos de LGBT (2009), mesmo com as políticas bem amplas, como as macroeconômicas, com incidências sobre a vida das pessoas e que devem ser pensadas sempre levando em considerações as implicações, com o objetivo em romper com todos os padrões de discriminações, os LGBTs devem ser considerados como sujeitos de direitos civis e políticos, com o desenvolvimento econômico e

também social promovendo de forma sustentável, sempre com respeito ao meio ambiente e usando corretamente todos os recursos naturais do país.

Orientado pelos princípios de igualdade e respeito à diversidade de toda equidade, laicidade do Estado, e universalidade de todas as políticas, justiça social e transparência dos atos públicos e participação e controle social, destacando assim:

4.1. Dignidade da pessoa humana (inciso III do art. 1º da Constituição Federal); 4.2. Igualdade de todos os cidadãos perante a lei, sem distinção de qualquer natureza e garantia da inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. (art. 5º da Constituição Federal); 4.3. "...respeito à diversidade de orientação sexual e promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação". (inciso IV do art. 3º da Constituição Federal); 4.4. Direito à Cidadania (inciso II do art. 1º da Constituição Federal);

4.5. Direito à educação, à saúde, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados (art. 6º da Constituição Federal); 4.6. Liberdade de manifestação do pensamento (inciso IV do art. 5º da Constituição Federal); 4.7. Laicidade do Estado: a pluralidade religiosa ou a opção por não ter uma religião é um direito que remete à autonomia e a liberdade de expressão, garantidos constitucionalmente; 4.8. Inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas (inciso X do art. 5º da Constituição Federal) (BRASIL, 2009, p. 12 e 13).

Ao abordar a orientação sexual e a identidade de gênero, Lionço (2008) aponta que além de serem fatores importantes para identificar e atender as demandas desses/as usuários/as por meio de políticas públicas específicas, impõe-se a necessidade de:

compreensão de que a orientação sexual e a identidade de gênero são determinantes que estão articulados a outros condicionantes, tais como classe social, idade, cor e etnia. Implica também incluir discussões sobre orientação sexual e identidade de gênero nos currículos de formação dos profissionais da saúde, bem como atualização mediante processos de educação permanentes (LIONÇO, 2008, p.19).

Para Foucault (1997) a sexualidade é como “uma interação social, uma vez que se constitui historicamente a partir de múltiplos discursos sobre sexo; discursos que regulam, que normatizam e instauram saberes que produzem verdades” (*apud* DINIZ, 2019, p.20).

Para Gonzales, “o mito da democracia racial oculta algo para além daquilo que mostra. Numa primeira aproximação, constatamos que exerce sua violência simbólica especial sobre a mulher negra” (1984, p. 228). E, de acordo com Carneiro (2003), os efeitos da hegemonia da “branquidade” constituem o imaginário social e as relações sociais concretas, descrevendo-os enquanto:

uma forma específica de violência que constrange o direito à imagem ou a uma representação positiva, limita as possibilidades de encontro no mercado afetivo, inibe ou compromete o pleno exercício da sexualidade pelo peso dos estigmas seculares, cerceia o acesso ao trabalho, arrefece as aspirações e rebaixa a autoestima (...) uma violência invisível que contrai saldos negativos para a subjetividade das mulheres negras, resvalando na afetividade e sexualidade destas (CARNEIRO, 2003, p.122).

O Brasil se configura como um dos países mais desiguais do mundo que, desde as origens de sua formação histórico-social vem, sistematicamente, aplicando estratégias, nos mais diversos âmbitos, com o objetivo de desumanizar e assim dizimar, em todos os sentidos, a população preta de seu território. Entende-se que a mulher preta é a que apresenta maior vulnerabilidade social justamente por estar na base dessa estrutura. Para Gonzales: “o racismo se constitui como a sintomática

que caracteriza a neurose cultural brasileira. Nesse sentido vemos que sua articulação com o sexismo produz efeitos violentos sobre a mulher negra em particular” (1984, p.224).

Embora haja um avanço em relação à conquista de direitos pelos grupos historicamente marginalizados da sociedade brasileira, como o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Saúde Integral da População LBGT, a frágil:

democracia representativa ainda está impregnada dos perfis racista, sexista e classista da sociedade brasileira, que consolidaram um poder hegemônico de face masculina, branca e heterossexual, em que pesem as diferenças político-ideológicas entre os partidos. Essa situação tem sido ainda agravada pela política liberal/conservadora vigente que, com seus mecanismos de poder junto ao sistema econômico e ao sistema de comunicação de massa, restringe as possibilidades de disputa política para muitos segmentos (CARNEIRO, 2003, p.128).

O conceito de interseccionalidade desenvolvido por Crenshaw, é importante para a elaboração e avaliação das políticas públicas. Pois, segundo Crenshaw:

a discriminação mista ou composta trata-se do efeito combinado da discriminação racial e a discriminação por gênero (...). O que ocorre, em última instância, é que o peso combinado das estruturas de raça e das estruturas de gênero marginaliza as mulheres que estão na base (2002, p.12).

Interseccionalidade conceituação de todo o problema que busca agarrar as consequências estruturais e dinâmicas da influência mútua entres dois e mais eixos do condicionamento, trata designadamente das formas pelas quais o racismo, a opressão de classe, o patriarcalismo, dentre outros sistemas discriminatórios, criam distinções básicas que estruturam as posições relativas de raças, mulheres, etnias etc, tratando também das formas como ações e políticas exclusivas geram

opressões que escorrem ao longo de tais eixos, compondo aspectos dinâmicos e ativos do desemperramento (CRENSHAW, 2002).

Essa discriminação se apresenta, ainda, como “um problema duplo: a discriminação em si e a invisibilidade dessa discriminação dentro dos movimentos e das políticas intervencionistas” (CRENSHAW, 2002, p.14). Desse modo, a materialização do racismo através das instituições sociais do modo de produção capitalista, articulado ao patriarcado e a opressão da orientação sexual que produz invisibilidades e violências simbólicas demarca obstáculos para materialização do acesso à saúde sexual das mulheres negras lésbicas, bissexuais e pansexuais no Brasil, agravada por um contexto marcado por políticas de cunho neoliberal.

Desse modo, torna-se fundamental a análise dos limites para o acesso do público-alvo à saúde ginecológica a partir, ainda, da consideração dos múltiplos fatores de dominação na sociedade burguesa. As mulheres negras, por estarem mais suscetíveis à discriminação e à invisibilidade, são colocadas pelo modelo heteronormativo e biomédico, em um nível mais elevado de invisibilidade.

2.2 COMO SE DEU O TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi realizado a partir da elaboração de um formulário eletrônico no aplicativo *Google Forms* intitulado “Acesso à Saúde Ginecológica da população LGBT+”. Na página inicial foi descrito o objetivo de obter dados a respeito da saúde ginecológica e das experiências de mulheres lésbicas, bissexuais e pansexuais e outras pessoas com vulva que mantém práticas sexuais entre si, além de ter indicadores, ainda que bastante parciais acerca da implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (PNSILGBT) e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Quanto à estrutura, o formulário foi dividido em 3 seções, a primeira com sete questões envolvendo a identificação das entrevistadas. Ela incluiu a expressão de gênero, a orientação sexual, a autodeclaração no quesito raça/cor, a idade, o nível de escolaridade, a renda familiar per capita e o estado em que residem.

Em seguida, a segunda seção do formulário foi intitulada de “Práticas Sexuais” e conteve um total de oito perguntas. Ela foi descrita da seguinte forma “Por práticas sexuais entre corpos com vulva, compreendemos: práticas de sugar ou estimular com a língua o clitóris ou os lábios da vulva, de tocar com as mãos no clitóris ou nos lábios da vulva, penetrar a vagina com as mãos, com brinquedos sexuais ou com outros objetos e esfregar a própria vulva na vulva de alguém.” As perguntas tiveram o objetivo de conhecer se as “entrevistadas” realizavam práticas sexuais entre pessoas com vulva, se conheciam e utilizavam barreiras de proteção durante essas práticas sexuais e a frequência em que as utilizavam. Além disso, também foram feitas perguntas que envolviam o conhecimento dos riscos de transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), HIV e Hepatites Virais em práticas sexuais entre corpos com vulva, a realização de exames para identificação de tais infecções, o diagnóstico e o diálogo com as parceiras sobre esses riscos antes das práticas sexuais sem a utilização das proteções existentes.

Por último, a terceira seção do formulário foi intitulada de “Acesso à Saúde Ginecológica” e suas 12 perguntas tiveram como objetivo identificar de que maneira e em qual frequência as “entrevistadas” acessaram os serviços de Saúde Ginecológica, se realizam e/ou já realizaram exames ginecológicos de rotina. As outras questões foram caixas de seleção para as “entrevistadas” manifestarem como se sentem durante as consultas ginecológicas, se já foram atendidas por um serviço especializado na saúde da população LGBT e se têm conhecimento sobre a existência da Política Nacional Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT). As demais perguntas foram relativas à qualidade desses serviços, possíveis medos e receios que tiveram durante as consultas ginecológicas e obstáculos para a plena assistência da sua saúde ginecológica. Houve, por último, um espaço aberto destinado àquelas que desejassem dar sugestões ou descreverem como se sentiram ao responderem o formulário.

Após sua elaboração, o *link* para acessar o formulário foi divulgado em grupos em diferentes redes sociais. No *Facebook*, foi compartilhado nos seguintes grupos: “Lésbicas Negras”¹, “Lettera - Literatura lésbica - Grupo”², “Lésbica com orgulho”³, “Lésbicas”⁴, “Grupo de mulheres lésbicas *ladys* e *bofes*”⁵, “Lésbicas e Bissexuais”⁶.

O formulário também foi enviado em diferentes grupos no meu *WhatsApp* pessoal, grupos de discussões políticas, grupos acadêmicos, grupos de relacionamento para pessoas LGBTQIA+, grupos de movimentos lésbicos feministas, entre outros. O formulário também foi divulgado através de *stories* e publicações na minha conta pessoal do *Instagram*, todos com acesso aos meus conteúdos, puderam responder o formulário e compartilhá-lo em suas próprias contas pessoais, contribuindo para que o mesmo chegasse a mais pessoas. O formulário permaneceu aberto para receber respostas durante quatro semanas.

2.3 PRINCIPAIS ACHADOS

Nessa etapa do presente trabalho, apresento os resultados da pesquisa de campo realizada com mulheres lésbicas, bissexuais e pansexuais, elaborada e divulgada por meio de plataformas digitais. Como resultado da pesquisa, foi obtido um total de 393 respondentes, sendo o número de mulheres auto identificadas em cada identidade sexual o de: 224 lésbicas, 143 bissexuais³ e 26 pansexuais⁴.

O formulário elaborado abordou aspectos gerais para identificação do perfil desse público-alvo, suas práticas sexuais e o acesso delas aos serviços de saúde ginecológica. Em relação à expressão de gênero, o número foi de 373 mulheres cisgêneras e de 20 pessoas que optaram pela identificação como não-binárias.

O inexpressivo número de pessoas que se identificam como não-binárias relaciona-se a uma significativa emergência desta forma de expressão de gênero, principalmente de 2015 em diante na cena cultural brasileira, principalmente nas grandes cidades. Essa identidade corresponde de uma maneira geral a pessoas que a despeito de suas características anatômicas, não se vinculam de forma exclusiva nem a identidade feminina nem a identidade masculina. É comum que façam uma crítica à visão binária e essencializadora subjacente à polaridade feminino/masculino. A maior parte destas pessoas realizam modificações corporais

³ Embora seja uma identidade social autodeclarada, consideramos neste trabalho e para os fins dele, como **bissexual**, a pessoa que mantém ou manteve em algum momento, práticas sexuais com outras pessoas que tem vulva/vagina e com pessoas que tem pênis/escroto.

⁴ Embora também seja uma identidade social autodeclarada, consideramos neste trabalho e para os fins dele, como **pansexual**, a pessoa que mantém ou manteve em algum momento, práticas sexuais com quaisquer pessoas: que tem vulva/vagina, pênis/escroto ou outras conformações corporais (intersexuais) e, também, com pessoas transgêneras, não binárias, entre outras. Para uma pessoa pansexual, há uma indiferença quanto à anatomia de pessoas parceiras.

que correspondem a suas necessidades em cada momento da vida e, de uma maneira geral, não costumam fazer uso de tecnologias biomédicas para transformação corporal e nem da prerrogativa legal de alteração do nome e gênero civis.

No quesito raça-cor, 223 pessoas se autodeclararam brancas, 75 pretas, 100 pardas, 3 indígenas e 1 amarela, essas opções foram colocadas no formulário e cada uma se autodeclarou com base na categorização do IBGE a elas apresentada. Talvez a forma de abordagem da pesquisa tenha contribuído para uma predominância de pessoas brancas, já que elas foram contactadas através de grupos virtuais cuja maior preocupação era a discussão da sexualidade, sem maiores discussões a respeito das assimetrias raciais. Em outras palavras, estes grupos corresponderam ao que correspondeu historicamente ao feminismo lésbico. Talvez se tivesse buscado em grupos de lésbicas negras, a composição racial desta amostragem, seria outra.

Muitas delas tinham ensino superior completo e eram independentes financeiramente, embora outras tantas ainda dependessem dos pais, pois ainda estudavam. Tal característica talvez se relacione ao fato de que eu também parti de mídias sociais como o Facebook e o Whatsapp. Tais redes quando acionadas por pesquisadores/as, acabam contactando pessoas que de certa forma, relacionam-se às características da própria pesquisadora: neste caso, uma mulher cisgênera estudante universitária.

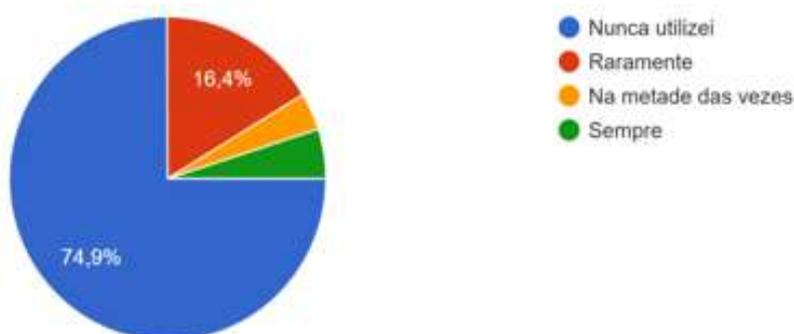
As respondentes eram todas maiores de idade, requisito para que pudessem responder e estar nos grupos das redes sociais. A predominância foi um grupo de faixa etária entre 19 a 25 anos de idade, cerca de 49% das respostas obtidas. Em seguida estiveram o grupo com faixa etária entre 30 e 40 anos, 19% das respostas.

Ao responderem à pergunta sobre já terem realizado ou não práticas sexuais entre corpos vulva no sexo entre mulheres, 367 das pessoas apontaram que sim. Entretanto, a respeito do uso de possíveis métodos de prevenção das ISTs que tenham acionado durante essas práticas, cerca de 74,9% apontaram nunca terem utilizado barreiras de proteção (as diferentes barreiras de proteção não foram descritas no desenvolvimento da pesquisa) 16,4% as utilizam *raramente*, 5% *sempre*

utilizaram e 3,7% utilizaram na *metade das vezes* em que realizam práticas sexuais entre vulvas.

Este dado nos mostrou a importância de, em pesquisas futuras, buscar aferir em primeiro lugar o conhecimento que elas têm ou não sobre a existência de métodos de prevenção de ISTs e sobre a necessidade deles no sexo entre pessoas com vulva, pois a impressão que resultou da análise dessas respostas, foi a de que a evitação de ISTs não é vista como um problema a ser enfrentado.

Gráfico 1- Frequência de utilização de métodos de prevenção de ISTs entre mulheres



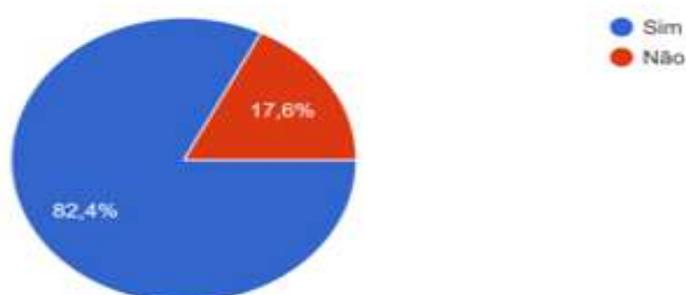
Fonte: Pesquisa virtual realizada pela pesquisadora (2019).

Em seguida, buscou-se identificar se o público-alvo da pesquisa possuía conhecimento a respeito dos riscos de transmissão de ISTs, HIV e Hepatites Virais em práticas sexuais entre vulvas: das 332 pessoas, 82,4%, responderam acreditar na possibilidade de risco de infecção por meio de práticas sexuais entre vulvas e 71 pessoas, 17,6%, apontaram não acreditar em possíveis riscos à sua saúde através de tais práticas.

Este dado indicou que há uma *percepção de risco*, mas este parece ser visto como algo inespecífico e distante. Em outras palavras, nesta amostragem, as pessoas que têm corpos com vulva, tinham uma vaga percepção de risco para ISTs

em suas práticas sexuais, mas tal percepção não tem sido suficiente para que alterem seus comportamentos sexuais efetivos. Se estivermos certos neste sentido, talvez isso não distancie as pessoas abordadas aqui – em sua maioria mulheres – do que ocorre com a população em geral, muitas vezes: perceber o risco não é o bastante para alterar comportamentos.

Gráfico 2 - Riscos de transmissão de ISTs/HIV em práticas sexuais entre vulvas



Fonte: Pesquisa virtual realizada pela pesquisadora (2019).

Embora, 82,4% das pessoas tenham apontado acreditar no risco de transmissão de doenças durante essas práticas sexuais, 74,9% não utilizam métodos de prevenção para tais riscos e 33,7% *quase nunca* conversam com suas parcerias sexuais sobre saúde sexual, transmissão de ISTs e sobre a realização de exames voltados a diagnosticá-las antes de práticas sexuais entre vulvas quando não há métodos de proteção disponíveis. Tais conversas são importantes porque uma das formas de prevenção de ISTs é a possibilidade de pactuação de cuidados regulares com a saúde sexual, aí incluindo realização periódica de exames e tratamento de ISTs adquiridas. Sem conversa, essa pactuação não tem possibilidade de se efetivar.

De um ponto de vista biomédico, o contato pele-a-pele, com mucosas e fluidos corporais, quando realizado de forma desprotegida, pode possibilitar o contato com microrganismos que são potencialmente causadores de ISTs (infecções

sexualmente transmissíveis), tais como: papiloma vírus (HPV), vírus causadores de hepatites, vírus causador da herpes, bactérias causadoras de sífilis, gonorreia, entre outras (Fujita Jr., 2022).

Algumas relataram a esse respeito, um desafio que é: a **falta de métodos específicos de proteção pensados para o sexo entre corpos com vulvas**, e por conta dos preconceitos e da falta de conhecimentos a respeito que elas ainda encontram, inclusive, por parte dos/as profissionais de saúde. A nosso ver, há uma dificuldade aí subjacente, que passa pela não discussão da natureza das práticas sexuais empreendidas entre corpos com vulva: práticas de esfregação direta dos órgãos sexuais dos dois corpos, de sexo oral praticado na vagina e/ou no ânus sem barreira de proteção, de uso das mãos e pés para penetração vaginal, de uso de brinquedos sexuais e outros instrumentos para penetração sem higienização adequada (e sem uso de preservativo masculino ou feminino). Como tais práticas não são discutidas, também não ocorrem sugestões de uso de barreiras de proteção contra ISTs adaptadas a elas.

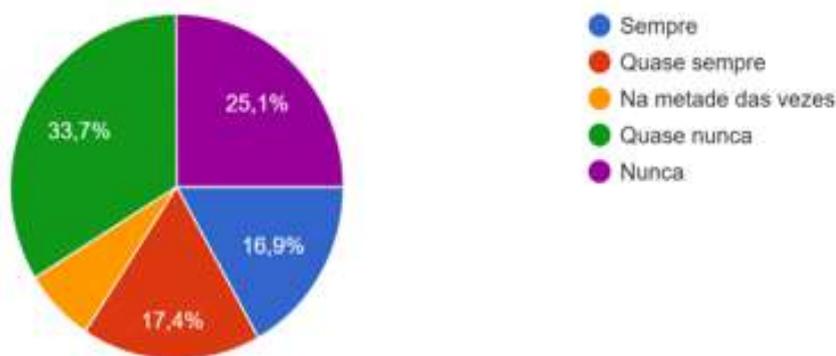
Cabe ainda a reflexão acerca do que tais pessoas da amostragem reconhecem como "métodos de prevenção", bem como o acesso ou não que têm a estes métodos. É sabido que o preservativo masculino (camisinha) é um método de barreira que também pode ser incluído na prevenção de ISTs em relações sexuais em corpos com vulva, seja como revestimento de brinquedos sexuais e outros instrumentos utilizados para penetração, seja cortadas com tesoura e abertas para uso durante o sexo oral. No entanto, principalmente a última informação, não é detida de forma ampla pela população. No caso do preservativo feminino, nunca houve uma disponibilização massiva deste recurso, sobretudo de forma adaptada para mulheres que não sejam heterossexuais ou exclusivamente heterossexuais, assim como entre a população transexual ou não binária. No caso das barreiras especificamente voltadas para o sexo oral que podem ser utilizadas por quaisquer pessoas (independentemente de orientação sexual ou identidade de gênero), que são quadrados de látex feminino especialmente fabricados para essa prática, jamais houve campanhas, divulgação ou distribuição no SUS.

Como dito em outro momento, uma em cada quatro entrevistadas (25%), relatou não conversar nunca sobre este tema com parceiras ou eventuais parceiras.

Os determinantes deste silêncio constituem, portanto, uma importante questão para ser estudada futuramente.

Além disso, 17,4% apontaram que *quase sempre* conversam sobre esse tema com as parceiras e 16,9% delas disseram que *sempre* tem essa forma de cuidado com a saúde sexual. Ainda mais instigante, foi perceber que 6,9% delas ainda, apontou ter conversas sobre o assunto na *metade das vezes* em que praticam relações sexuais desprotegidas. A esse respeito, podemos nos perguntar, quais os determinantes para que a conversa ocorra ou não. O dado sobre a ocorrência de conversas sobre saúde sexual e ISTs no sexo entre corpos com vulva, vemos no gráfico 3:

Gráfico 3 – Realização de exames sobre saúde sexual



Fonte: Pesquisa virtual realizada pela pesquisadora (2019).

Quanto à realização de exames para diagnóstico de ISTs, 27,3% apontaram nunca terem realizado exames para esses fins, 0,5% apontaram já terem realizados tais exames através de Organizações Não Governamentais (ONG's), 28,3% já realizaram esses exames através do Sistema Único de Saúde (SUS) e 42% realizaram os exames através da rede privada de saúde. Vale destacar aqui o fato de que uma em cada três respondentes *nunca* realizou estes exames. Seria importante saber em futuras pesquisas as razões pelas quais não realizaram. Um

dado significativo neste aspecto, é que entre as que já realizaram exames, 13,2% delas afirmaram já terem recebido diagnóstico positivo para alguma IST.

Gráfico 4 – Realização de exames para diagnosticar ISTs



Fonte: Pesquisa virtual realizada pela pesquisadora (2019).

Os resultados apresentados na seção destinada a identificar de que maneira acessam os serviços de saúde ginecológica, indicou que quase 10% das respondentes, não acessou *nunca* esses serviços. Sabe-se que o momento da consulta ginecológica é particularmente importante para os cuidados de saúde nos corpos com vulva, porque é nela que podem ser identificados problemas mamários como cânceres. Nela, também é realizado o exame Papanicolau, que coleta amostra de células intrauterinas potencialmente cancerígenas, possibilitando o tratamento. Além disso, é na consulta ginecológica que são passados outros exames de sangue que podem levar ao diagnóstico de ISTs.

Tão importante quanto tais exames sofisticados, é o fato de que a consulta ginecológica pode ser um momento de interação entre o/a profissional de saúde e o/a usuário/a, possibilitando o acionamento de recursos educativos e a aquisição de informações que possam favorecer o autocuidado e a promoção da saúde. É comum entretanto, que a consulta ginecológica seja aligeirada e/ou marcada por técnicas de abordagem invasivas e uniformes, que não levam em conta a diversidade sexual e de gênero, bem como as trajetórias e características individuais.

Das que acessaram serviços de saúde ginecológica, cerca de 64,3% delas, declararam que acessam tais serviços por meio da rede privada de saúde e 25,3% as que acessam os serviços através do SUS. É um resultado compatível com o perfil dessa amostragem que involuntariamente atraiu mulheres com maior escolaridade e oriundas de camadas médias.

Algumas delas revelaram algumas barreiras que encontram no SUS, como por exemplo o acolhimento, que teria sido muitas das vezes marcado pelo preconceito e pela discriminação de homossexuais ou dissidentes de gênero.

Gráfico 5 - Formas de acesso a serviços de saúde ginecológica



Fonte: Pesquisa virtual realizada pela pesquisadora (2019).

Quanto à frequência na qual o público desta amostra acessa os serviços destinados à saúde ginecológica, 43,7% das pessoas relataram acessar uma vez ao ano, 24,1% apenas quando sentem necessidade, 11,2% a cada seis meses e 11,2% acessam esses serviços a cada dois anos ou mais. Segundo a Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, deve-se acessar um serviço de saúde ginecológica *ao menos uma vez ao ano*, recomendações para idas mais frequentes dependem de fatores específicos e da condição de saúde de cada usuária individualmente.

Vemos assim, que apesar das barreiras do acolhimento, cerca de metade das mulheres ainda manteve uma frequência ao serviço de saúde ginecológica próxima do recomendado.

Gráfico 6 - Frequência com que acessa o serviço de saúde ginecológica



Fonte: Pesquisa virtual realizada pela pesquisadora (2019).

Estudos mostram que médicos ginecologistas recomendam que rotina ginecológica destas pessoas não deva ser diferente da recomendada para as mulheres heterossexuais, assim como a de realização de exames preventivos, pois principais métodos de detecção e prevenção deve ser feito de acordo com as diretrizes de saúde, rastreamentos de doenças devem estar presentes rotineiramente (CONTE, 2020).

Partindo para o resultado de questões mais específicas, ao ser feita a pergunta sobre a frequência na qual era realizado o exame preventivo de câncer colo de útero (Papanicolau), o número de respostas indicando nunca ter realizado o exame foi de 28,5% (cerca de 115 pessoas), 34,2% realizam o exame ao menos uma vez ao ano, 18,9% fazem apenas quando é solicitado e 11,9% fazem a cada dois anos ou mais.

Este dado é importante, porque existem relatos de mulheres lésbicas de que a enunciação da orientação sexual durante a consulta ginecológica, com frequência, faz com que o/a profissional de saúde, desconsidere a necessidade do exame Papanicolau, por considerar a priori que as práticas sexuais da usuária não seriam “práticas de risco”, simplesmente pelo fato de se relacionar com pessoas com vulva.

Gráfico 7 - Frequência de realização do Papanicolau



Fonte: Pesquisa virtual realizada pela pesquisadora (2019).

A respeito da realização de outros exames ginecológicos considerados de rotina, 61% apontou já ter realizado ultrassonografia pélvica⁷, 12,7% já realizaram o exame Colposcopia⁸, 33% realizaram ultrassonografia da mama⁹, 19,9% realizaram a Mamografia¹⁰, 16,1% realizaram Ressonância Magnética¹¹, 9,2% realizaram Rastreamento Infecioso¹², 3,2% realizaram laparoscopia diagnóstica¹³, 1,2% realizaram histerossalpingografia¹⁴ e cerca de 16,1% alegaram não terem realizado nenhum dos exames mencionados acima.⁵

Gráfico 7 - Realização ou não de diferentes exames ginecológicos

⁷ Exame diagnóstico não invasivo que avalia a estrutura pélvica feminina, visualiza útero, vagina e ovários (DE OLIVEIRA, 2021)

⁸ Exame de grande importância onde se avalia o trato genital inferior feminino (ZANINE, 2020).

⁹ Exame que analisa minuciosamente pequenas lesões pequenas, auxilia no diagnóstico do câncer de mama. (NASTRI E MARTINS, 2011)

¹⁰ Exame de imagens das mamas obtidas através de radiografias. (CALDAS, 2005).

¹¹ Exame que serve para avaliar bexiga, útero e ovários para diagnóstico de doenças (ALMEIDA, J.C.2012).

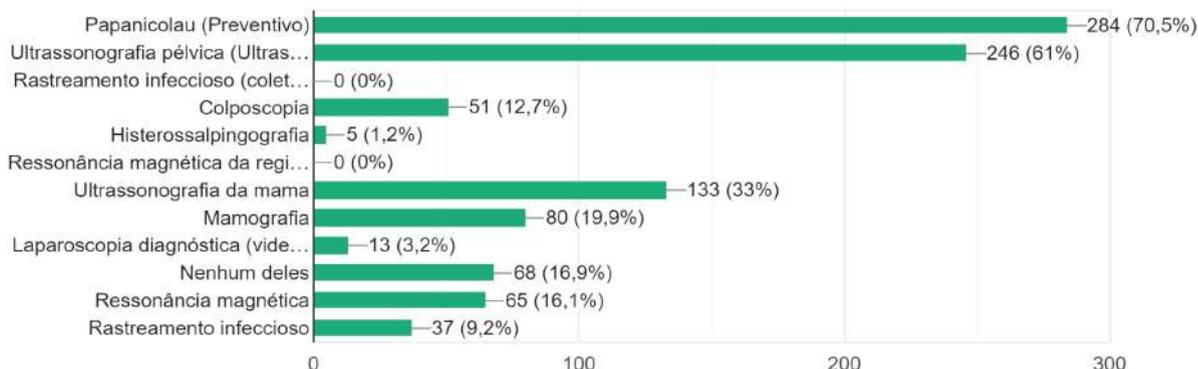
¹² Exames que permitem identificar patologias e infecções sexualmente transmissíveis (ZANINE, 2020).

¹³ Procedimento que serve para avaliar doenças intra-abdominais e pélvicas (BRAGA, DA SILVA BRAGA E POTÉRIO,2003).

¹⁴ Método que serve para a pesquisa de infertilidade (ISOLANI, 2001).

Marque os exames ginecológicos de rotina que você já realizou:

403 respostas

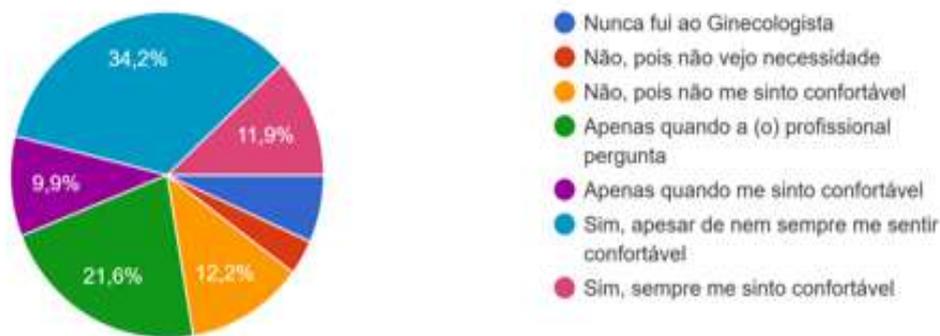


Fonte: Pesquisa virtual realizada pela pesquisadora (2019).

Quanto ao fato de se sentirem à vontade ou não para o diálogo aberto sobre suas práticas sexuais e orientação sexual durante o atendimento ginecológico, 34,2% responderam que sim, apesar de nem sempre se sentirem confortáveis, 21,8% responderam só se sentirem à vontade para revelar sua orientação sexual e práticas sexuais quando o/a profissional pergunta, 12,2% declarou não revelar sua sexualidade em hipótese alguma (por não se sentirem confortáveis), 11,9% delas afirmaram que sempre se sentem confortáveis para ter esse diálogo e 9% não tem esse diálogo com os/as profissionais por não verem nenhuma necessidade de que isso ocorra.

Vemos também aí que o sexo entre pessoas com vulva segue sendo um tabu, inclusive no espaço das instituições de saúde. O silêncio dirigido ao profissional de saúde sobre a orientação sexual e suas práticas predominou em quase dois terços das entrevistadas. É possível que o fato de o/a profissional muitas vezes não perguntar a orientação sexual durante a anamnese, limite a possibilidade de constituição de um espaço de diálogo franco.

Gráfico 8 – Conforto para expor orientação sexual e práticas sexuais durante consultas

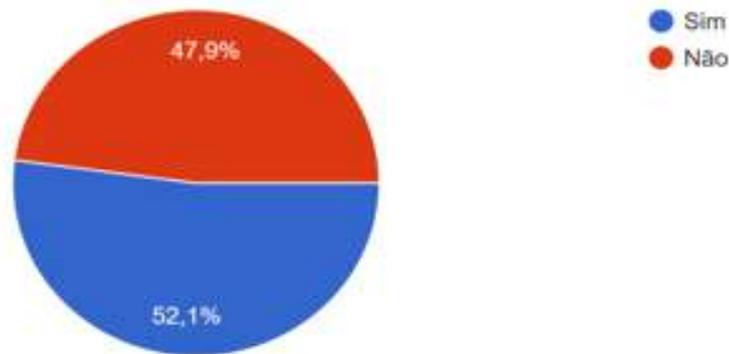


Fonte: Pesquisa virtual realizada pela pesquisadora (2019).

O medo sentido por mulheres lésbicas, bissexuais e pansexuais ao buscarem serviços de atenção à saúde sexual foi identificado na literatura analisada como um fator importante para a verbalização da orientação sexual durante as consultas e para a busca desses serviços. Nesta pesquisa, 52,1% das respondentes, declararam se sentirem receosas e/ou com medo no momento das consultas, conforme mostra o gráfico 8, logo abaixo.

Além disso, 76,2% delas afirmaram não saber da existência da PNSILGBT. Apenas 2,2% disseram já terem sido atendidas por um serviço especializado na saúde da população LGBTQIA+. Trata-se, portanto, nesta amostragem de um contingente significativo de pessoas que desconhecem a existência de políticas públicas nesta direção e que não tem sido alcançado por serviços especializados normalmente criados no âmbito municipal ou estadual e dirigidos ao público LGTBQUIA+.

Gráfico 8 – Ocorrência de medo/receio ao buscar um serviço de saúde ginecológica



Fonte: Pesquisa virtual realizada pela pesquisadora (2019).

Quando perguntadas a respeito de possíveis obstáculos identificados pelo público-alvo para a materialização do seu acesso à saúde ginecológica, dentre as opções pré-estabelecidas no formulário, 83,9% das respondentes apontaram para o *despreparo dos profissionais* a respeito do tema da saúde da população LGBTQIA+. Já a “heteronormatividade”, também foi mencionada, ou seja, a imposição social para ser (ou então se comportar) em conformidade com os papéis atribuídos hegemonicamente a cada gênero.

Foi apontada por 69,2% das respostas, a “precarização do SUS” (66,3%). O “racismo institucional” foi marcado por 39,2% das respostas, assim como a ausência de recursos adequados para a realização de exames, o que inclui desde a precariedade do conhecimento de profissionais da saúde a até uma gama de dificuldades para que se atenda às necessidades específicas do público LGBTQIA+: o fato de não haver instrumentos físicos adequados para a realização do Papanicolau em alguns corpos com vulva, como o “espéculo de Collins” (escova cervical usada para coleta do material para análise) e o fato de que alguns exames também não serem mencionados nem solicitados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, pode-se concluir que a efetivação de uma articulação entre PNAISM, PNSIPN, a PNSILGBT é fundamental para promover resultados positivos para a ampliação e fortalecimento da proteção e assistência à saúde de mulheres de comportamento homossexual, mulheres bissexuais e pansexuais no Brasil, o que ocorre ainda ocorre de maneira incipiente.

O presente trabalho aponta ainda para futuras pesquisas a serem desenvolvidas no âmbito da saúde coletiva, no estudo da atenção à saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e pansexuais e pessoas não-binárias com vulva, para a efetivação do direito à saúde sexual, impondo-se a necessidade de resgatar a dimensão política na discussão do processo saúde- doença, com destaque para a importância da articulação com os movimentos sociais que atuam na defesa dos direitos desse grupo, responsável pelos avanços obtidos no âmbito na legislação da Constituição Federal de 1988 e para o desenvolvimento da PNSILGBT.

Reconhecer e lutar contra a invisibilidade "bilateral" a que estão sujeitas essas mulheres e pessoas não binárias, em razão da conduta generalizante e excludente do modelo biomédico e o modelo heteronormativo (Valadão e Gomes, 2011), se impõe para o avanço do exercício profissional do Serviço Social alinhado à ampliação do acesso aos direitos sexuais e reprodutivos desse grupo e ao Projeto Ético Político Profissional.

Reconhecer e combater o silenciamento vivenciado por elas em suas vidas particular e social, que se reflete no processo da construção de suas subjetividades permeados por estigmas, medos, receios e inseguranças, fruto de violências físicas, psicológicas e aquelas violências de ordem simbólica que contribuem para o cenário de maior vulnerabilidade dessas mulheres (Valadão e Gomes, 2011), é outro importante desafio. Este desafio precisa ser enfrentado com um olhar dos serviços e profissionais que considere a interseccionalidade de marcadores de diferenças sociais, como a classe social e a raça/etnia, admitidos como condicionantes para o pleno acesso à saúde sexual e ao gozo dos direitos sexuais e reprodutivos.

Na atual configuração da saúde brasileira, os limites dos ideais da Reforma

Sanitária postos pelo avanço do modelo de saúde que privilegia o mercado, compõem um cenário onde as iniciativas e ações de saúde voltadas à atenção à população LGBTQIA+ são organizados e executados em sua maior parte por organizações da sociedade civil (BRAVO E PELAZES, 2018).

Cabe ao Serviço Social, no pleno exercício profissional e de acordo com o Código de Ética Profissional e as políticas progressistas existentes (a PNAISM, a PNSIPN, a PNSILGBT), bem como com os princípios do SUS, com o da equidade, desenvolver uma leitura crítica da realidade também deste público. É preciso buscar uma prática profissional capaz de atuar livre de preconceitos, desenvolvendo uma práxis voltada a identificar as expressões da questão social no âmbito do acesso à saúde sexual de mulheres lésbicas, bissexuais e pansexuais, pessoas não binárias com vulva, e demais pessoas LGBTQIA+ que se encontram em maior vulnerabilidade social na sociedade brasileira.

Trata-se de atuar no reconhecimento dos limites postos por um modelo de saúde vinculado ao mercado, contribuindo para o desenvolvimento de ações que visem o pleno desenvolvimento de seus direitos sexuais e reprodutivos e suas representações nas campanhas de educação em saúde, possibilitando que as mesmas possam se reconhecer enquanto sujeitos de sua trajetória, e contribuam para a construção de uma sociedade igualitária, livre de dominações de classe, raça-etnia, gênero e sexualidade.

REFERÊNCIAS

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

ALMEIDA, Guilherme. “Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas”. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 301-311, 2009.

ALMEIDA, Joana Rebelo de; CUNHA, Teresa Margarida. Patologia da vagina em ressonância magnética. **Acta Radiológica Portuguesa**, v. 24, n. 94, p. 41-47, 2012.

ALMEIDA, Marianna Barbosa. **Bissexualidades femininas: repertórios entre jogos de (in)visibilidade**. Recife, 2015.

ÁVILA, M. B. “Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19, sup. 2, p.465-469, 2003.

ASSIS, Dayane N. Conceição. “Interseccionalidades”. UFB, **Gênero, Sexualidade e Educação**, 2019.

BARBOSA, Regina Maria, FACCHINI, Regina. “Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo Brasil”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 291-300, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BOMBARDA, Alex Ricardo. A polêmica do PNDH-3 e a proposta de mediação de conflitos. **Revista Sinais**, n. 20, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher**. 4 ed. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da saúde. **Uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, 2005.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos LGBT**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – Vers. e atual. – Brasília: SDH/PR, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Programa Bolsa Família**. Brasília: MDS, 2008. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 09 mar. 2022

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Jünger. **Avanços das contrarreformas na saúde do governo Temer**. Anais do 16^a. Encontro nacional de pesquisadores em serviço social, 2018.

_____. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro**: lutas e resistência. Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAZES, Elaine Jünger; MENEZES, Juliana S. Bravo de. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro**: o SUS totalmente submetido ao mercado. Anais do 16^a CBAS, 2019.

CALDAS, Flávio Augusto Ataliba et al. Controle de qualidade e artefatos em mamografia. **Radiologia Brasileira**, v. 38, p. 295-300, 2005.

CARNEIRO, Sueli. “Mulheres em Movimento”. **Estudos Avançados** n. 17, 2003.

COELHO, L. “A representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais”. **Revista Tesseract**, n. 4, maio 2001. Disponível em: <http://tesseract.sites.uol.com.br>. Acesso em: 25/07/2022.

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.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. “Equidade e reformas na saúde nos anos 90”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, suplemento, p.173-180, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Código de Ética Profissional do Assistente Social. Brasília, 1993.

CONTE, Juliana. **Cuidados Ginecológicos para pessoas LGBTQIA+**. 2012. Disponível em: Cuidados ginecológicos para pessoas LGBTQIA + | Drauzio Varella - Drauzio Varella (uol.com.br). Acesso em: 27/07/2022.

CRENSHAW, Kimberlé. **A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero**: raça e gênero. Brasília: Unifem, 2002.

DE ASSUNÇÃO BRAGA, Angélica de Fátima; DA SILVA BRAGA, Franklin Sarmiento; POTÉRIO, Glória Maria Braga. Laparoscopia pélvica: considerações clínicas e anestésicas. **Revista de Ciências Médicas**, v. 12, n. 2, 2003

DE OLIVEIRA, Maria Helloysa Herculano Pereira et al. Problemas/queixas mais comuns em saúde da mulher: conhecimento de enfermeiros da atenção básica. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33, 2021

DINIZ, Aline Maia. **Saúde das mulheres lésbicas: uma análise de discursos e invisibilidades**. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

FACCHINI, R.; BARBOSA R. **Saúde e promoção da equidade e da integralidade das mulheres lésbicas**. Brasília: Rede Feminista de Saúde, 2003.

_____. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

FLEURY, A.R.D.; TORRES, A.R.R. Análise psicossocial do preconceito contra homossexuais. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 475-486, 2007.

FUJITA JR., Luiz. “É possível a transmissão de doenças pelo sexo lésbico?”. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/videos/comentando-comentarios/e-possivel-a-transmissao-de-doencas-pelo-sexo-lesbico-comenta-45/#:~:text=Compartilhar-,Certas%20doen%C3%A7as%20podem%2C%20sim%2C%20ser%20transmitidas%20pelo%20sexo%20l%C3%A9sbico.,rela%C3%A7%C3%A3o%20sexual%20entre%20duas%20mulheres>. Acesso em julho de 2022.

GONZALEZ, Lélia. “Racismo e sexismo na cultura brasileira”. In : SILVA, L. A. et al. Movimentos sociais urbanos, minorias e outros estudos. **Ciências Sociais Hoje**, Brasília, ANPOCS n. 2, p. 223-244, 1984.

IRINEU, B. T. “10 anos do Programa Brasil sem Homofobia: notas críticas”. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 193-220, jul./dez. 2014.

ISOLANI, Rafael Gustavo et al. Histerossalpingografia. 2001.

LIONÇO, T. “Que direitos à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade”. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

NASTRI, Carolina Oliveira; MARTINS, Wellington de Paula; LENHARTE, Rodrigo de Jesus. Ultrassonografia no rastreamento do câncer de mama. **Femina**, p. 97-102, 2011.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. “Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira”. Rio de Janeiro, Redalyc Revista **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 939-948, setembro de 2019.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. “Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública”. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541- 4548, nov. 2011.

POPADIUK, G.; OLIVEIRA, D.; SIGNORELLI, M. C. “A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios”. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, mai 2017.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. **Conceitos de acesso à saúde**. Ver. Panam Salud. Publica;31(3) 260-268, mar. 2012.

SILVA, Amanda de Cassia Azevedo da *et al.* “Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) no Paraná, Brasil”. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 24, 2020.

SILVA, Maria José Marcelino da Silva. **Saúde das mulheres lésbicas no Brasil**, 2015. Disponível em: [SAÚDE DAS MULHERES LÉSBICAS NO BRASIL - PDF Download grátis](#) . Acesso em: 26/07/2022.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cadernos de Saúde Pública n. 20, supl. 2, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014> . Acesso em 26/07/2022.

VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. “A homossexualidade feminina no campo”. **Physis** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n.21, vol.4, p. 1451-1467, 2011.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de saúde e equidade. **São Paulo em perspectiva**, v. 17, p. 58-68, 2003.

WICHTERICH, Christa. **Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Rio de Janeiro: Heinrich Böll Foundation, 2015.

ZANINE, Rita Maira. **Doenças do Trato Genital Inferior e Colposcopia: Um Enfoque na Terapêutica**. Thieme Revinter, 2020.

