

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

KAMYLLA CAVALCANTE TAQUES DOS REIS

Processo de vulnerabilização em saúde sexual de lésbicas: vivência em um Serviço
Especializado em IST/HIV/Aids de Cuiabá

CUIABÁ – MT
2022

KAMYLLA CAVALCANTE TAQUES DOS REIS

Processo de vulnerabilização em saúde sexual de lésbicas: vivência em um Serviço Especializado em IST/HIV/Aids de Cuiabá

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Departamento de Antropologia, Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito final para obtenção do título de mestre em Antropologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Moises Alessandro de Souza Lopes

CUIABÁ- MT
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

C376p Cavalcante Taques dos Reis, Kamylla.
Processo de vulnerabilização em saúde sexual de lésbicas:
vivência em um Serviço Especializado em IST/HIV/Aids de Cuiabá
/ Kamylla Cavalcante Taques dos Reis. -- 2022
77 f. : il. color. ; 30 cm.

Orientador: Moises Alessandro de Souza Lopes.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso,
Departamento de Antropologia e Museu Rondon, Programa de Pós-
Graduação em Antropologia Social, Cuiabá, 2022.
Inclui bibliografia.

1. Políticas públicas. 2. Lésbicas. 3. Saúde sexual. 4. Processo
de vulnerabilização. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

FOLHA DE APROVAÇÃO

TÍTULO: "PROCESSO DE VULNERABILIZAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL DE MULHERES LÉSBICAS: VIVÊNCIA EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM IST/HIV/AIDS DE CUIABÁ"

AUTORA: MESTRANDA KAMYLLA CAVALCANTE TAQUES DOS REIS

Dissertação defendida e aprovada em 27 de Abril de 2022.

COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

1. DOUTOR MOISÉS ALESSANDRO DE SOUZA LOPES (Presidente Banca / **Orientador**)

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

2. DOUTOR MARCOS AURÉLIO DA SILVA (Membro Interno)

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

3. DOUTORA BRUNA ANDRADE IRINEU (Membro Externa)

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

4. DOUTORA LUCIENE NEVES SANTOS (Membro Externa)

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO/ UNEMAT

CUIABÁ, 27/04/2022.



Documento assinado eletronicamente por Luciene Neves Santos, Usuário Externo, em 02/05/2022, às 14:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por Bruna Andrade Irineu, Usuário Externo, em 02/05/2022, às 15:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **MOISES ALESSANDRO DE SOUZA LOPES**, Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social / ICHS - UFMT, em 16/05/2022, às 18:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARCOS AURELIO DA SILVA**, Docente da Universidade Federal de Mato Grosso, em 17/05/2022, às 09:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufmt.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 4677892 e o código CRC 39E16674.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmãos, que se empenharam ao máximo para garantir que tivesse acesso a educação e por motivar meus estudos.

Aos meus amigos, que compartilharam minhas angústias e tornaram os momentos de tensão um pouco mais leves.

À minha analista, parte essencial do meu processo de autoconhecimento e autocuidado.

Ao meu orientador, pela paciência, compreensão e direcionamento acadêmico.

Às minhas gatas (Siminina, Pudim e Moody), pelo afeto e carinho sem limites em tempos de pandemia.

A todos que participaram e contribuíram de alguma forma nesta dissertação e no meu amadurecimento acadêmico.

*“eu quero saber
das opressões que você se livrou
e de como seu cabelo
anda cada dia mais
selvagem e lindo
quero saber da culpa que
não te habita mais
quero ouvir
tudo que te silenciaram
eu quero que você me conte
a história das suas
cicatrices”*

Ryane Leão (2017)

RESUMO

Esta dissertação foca na discussão da (não)produção de saúde e políticas públicas de saúde sexual para lésbicas, explorando o processo de vulnerabilização em saúde para compreender o cenário de invisibilidade social que resulta na impercepção de suas demandas junto aos serviços de saúde. Por meio de pesquisa etnográfica em um Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV/Aids e Hepatites Virais de Cuiabá/MT, buscou-se investigar como é (não)produzida a saúde para essa população, em um espaço marcado por relações de poder e disputas. A noção de vulnerabilidade social que permeia a construção de políticas públicas de saúde voltadas à Aids, em que a vulnerabilidade passa a ser compreendida, em seu complexo campo conceitual, por múltiplos condicionantes de diferentes naturezas (econômicos, culturais ou sociais), que não é inerente, mas determinada por condições e circunstâncias, forneceu a base empírica para análise de dados. Coloca-se em observação o cotidiano de profissionais de saúde, permeado pelo modelo preventivo, que de forma direta ou indireta influencia na efetivação de políticas públicas. E ainda, considera as hierarquias que se constituem na convergência entre os eixos de gênero, raça e classe na moralização da epidemia de Aids e seus efeitos na construção da identidade de Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV) e no apagamento dos direitos sexuais e reprodutivos de lésbicas, resultando no processo de vulnerabilização em saúde.

Palavras-chave: políticas públicas, lésbicas, saúde sexual, processo de vulnerabilização.

ABSTRACT

This dissertation focuses on the discussion of the (non)production of health and public sexual health policies for lesbian, exploring the process of vulnerability in health to understand the scenario of social invisibility that results in the lack of perception of their demands with health services. Through ethnographic research in a Specialized Care Service in STI/HIV/AIDS and Viral Hepatitis in Cuiabá/MT, we sought to investigate how health is (not) produced for these population, in a space marked by power and disputes. The notion of social vulnerability that permeates the construction of public health policies aimed at AIDS, in which vulnerability is understood, in its complex conceptual field, by multiple conditions of different natures (economic, cultural or social), which is not inherent, but determined by conditions and circumstances, provided the empirical basis for data analysis. The daily life of health professionals is observed, permeated by the preventive model, which directly or indirectly influences the implementation of public policies. Furthermore, it considers the hierarchies that constitute the convergence between the axes of gender, race and class in the moralization of the AIDS epidemic and its effects on the construction of the identity of People Living with HIV (PLHIV) and on the erasure of sexual and reproductive rights of lesbian, resulting in the process of vulnerability in health.

Keywords: public policies, lesbians, sexual health, vulnerability process.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização do SAE Grande Terceiro	17
Figura 2 - Planta baixa do SAE Grande Terceiro.....	19
Figura 3 - SAE Grande Terceiro (2019).....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Virus* (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida)

CERMAC – Centro de Referência em Média e Alta Complexidade

CIT – Comissão de Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DAS – Direção de Assessoramento Superior

GALF – Grupo de Ação Lésbico-Feminista

GGB – Grupo Gay da Bahia

GLB – Grupo Lésbico da Bahia

HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

HSH – Homens que fazem sexo com homens

HUJM – Hospital Universitário Júlio Muller

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LF – Grupo Lésbico-Feminista

MS – Ministério da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

PAISM - Programa de Assistência Integral em Saúde da Mulher

PBSH – Programa Brasil Sem Homofobia

PNHD - Programa Nacional de Direitos Humanos

POA – Plano Operativo Anual

PVHIV – Pessoa Vivendo com HIV

SAE – Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV/Aids e Hepatites Virais

SDH/PR – Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

SENALE – Seminário Nacional de Lésbicas

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

UNIC – Universidade de Cuiabá

UNIVAG – Universidade de Várzea Grande

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAMINHOS DA PESQUISA	16
CAPÍTULO I – Políticas públicas para as mulheres no Brasil: avanços e retrocessos ...	23
1.1. Políticas públicas e suas narrativas	24
1.2. Breve histórico da Políticas Públicas sobre a mulher no Brasil	29
1.3. Construção da Política Nacional LGBTIQ+	33
CAPÍTULO II – Desafios para a efetivação de políticas públicas em saúde sexual: moralização da epidemia e modelo preventivo	36
2.1. Moralização da epidemia de HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis	37
2.2. Apagamento dos direitos sexuais e reprodutivos de lésbicas	41
2.3. Movimento lésbico brasileiro	48
CAPÍTULO III – Identidades, territorialidade e subjetividade: influências na implementação de políticas públicas	51
3.1. Identidade pessoal x identidade profissional: uma intersecção	52
3.2. Movimento social e a constituição do sujeito coletivo	56
3.3. PVHIV e outras identidades	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

INTRODUÇÃO

Uma mulher, aproximadamente 22 anos, autodenominada lésbica, procurou a unidade para realização de teste rápido. Entrei em contato com a usuária ao entrar no consultório durante atendimento para pegar um material, porém, notando a usuária, que parecia ser menor de idade, decidi acompanhar a consulta com a enfermeira. No momento inicial a enfermeira perguntava a ela o motivo de buscar o atendimento, ela relatou estar namorando uma outra mulher que mora no sul do país e em alguns dias iria encontrá-la pela primeira vez. No entanto, há um ano, ela havia tido relações sexuais sem preservativo com uma mulher bissexual, e por isso estava preocupada em ter contraído alguma IST, por isso ela desejava realizar o teste rápido para ter certeza que estava tudo bem antes de se relacionar com a atual namorada, com a qual ela não tinha preocupações por ser lésbica também. No desenrolar do atendimento a enfermeira reforçava que não havia necessidade de realizar o teste rápido, dizia não haver risco de infecção ao transar com outra mulher, mas que ela faria para que a usuária ficasse mais tranquila. Os resultados foram não reagentes e a enfermeira estava prestes a liberar a usuária, quando intervi no atendimento, que até o momento havia acompanhado em silêncio. Comentei que apesar dos resultados não reagentes era bom que ela fizesse o teste rápido pelo menos duas vezes ao ano, e que para além das infecções detectadas no teste rápido existem outras IST que são identificadas por exame clínico, como HPV, gonorréia e clamídia, nesse momento questionei quando havia sido o último exame ginecológico que ela havia realizado, momento em que ela afirmou nunca ter consultado com uma ginecologista. Nesse momento, a enfermeira mencionou que ela poderia realizar o exame ginecológico com a ginecologista do SAE, pois de acordo com ela os profissionais da rede de saúde não teriam sensibilidade necessária para atendê-la, pela orientação sexual. A usuária aceitou e a consulta foi marcada. (Diário de campo, 2019).

Para permitir uma análise mais completa do trecho do diário de campo, é importante destacar que a usuária em questão se trata de uma lésbica, preta, da classe trabalhadora, com uma performance de gênero “mais masculinizada” e jovem. Ressalto que o termo usuária se refere, em um sentido mais amplo da palavra, ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), o cidadão que usufrui dos recursos do SUS em qualquer nível de assistência em saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Uma das fragilidades nos cuidados em saúde sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres, grupo em que as lésbicas estão inseridas, como descritas por Barbosa e Facchini (2009), é a menor frequência de realização de exames ginecológicos, tanto pela menor solicitação de exames por parte dos profissionais de saúde, como pela menor procura da lésbica por esse cuidado quando necessário ou apenas quando ocorre agravamento da situação de saúde.

As autoras também trazem a associação entre atributos corporais autorreferidos como “masculina” ou “mais masculinizada” com a menor frequência de busca por cuidados ginecológicos (BARBOSA e FACCHINI, 2009).

Dado que demonstra um dos aspectos que dificultam o acesso dessas mulheres a serviços de saúde, pela relação entre a forma como o gênero é percebido na sociedade e no

sistema de saúde, pautado em uma matriz heterossexual e reforçada pelo modelo de saúde biomédico, que atribui às mulheres a performance de uma feminilidade idealizada, que ao não ser correspondida, fisicamente ou em sua prática afetiva/sexual, ocasiona o estranhamento social expresso em atitudes (vexatórias, depreciativas, discriminatórias, negligentes etc) que causam desconforto às usuárias.

O trecho acima, retirado do diário de campo de um momento observado em um serviço especializado em IST/HIV/Aids de Cuiabá evidencia uma postura comum em serviços de saúde, de colocar a lésbica em um lugar de ausência de riscos em saúde sexual, pela sua prática com outras mulheres, reforçando o ideal preconcebido que atinge tanto os profissionais de saúde quanto as usuárias de não risco no sexo entre mulheres, colocando-as em situação de vulnerabilidade ao não oferecer informações, insumos de prevenção que possam ser adaptados à necessidade das lésbicas ou até mesmo um atendimento assistencial completo (com exame físico/ginecológico, solicitação de exames), como rotineiramente é realizado com mulheres que relatam estar em relações heterossexuais.

É essencial problematizar a fala bifóbica da interlocutora ao referir preocupação em ter contraído alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) por ter tido relações sexuais com uma mulher bissexual. No decorrer da história as práticas bissexuais foram marginalizadas, tendo em vista deslegitimar essa identidade sexual, relacionando-a com outras práticas consideradas marginais, como a não monogamia, a infidelidade e a transmissão de IST, apontando as pessoas bissexuais de fazerem a “ponte bissexual do HIV” entre os homossexuais e heterossexuais, percepção presente em falas de lésbicas como a apresentada nesse trecho, que consideram as mulheres bissexuais como potenciais transmissoras de “doenças” (JAEGER et al, 2019; LEWIS, 2012; CAVALCANTI, 2007; SEFFNER, 2004; FACCHINI, 2004).

Esta dissertação está inserida no campo dos estudos antropológicos de base feminista, guiado pela perspectiva da interseccionalidade, considerando as hierarquias que se constituem na convergência entre os eixos de gênero, raça e classe, para uma reflexão sobre o processo de vulnerabilização em saúde sexual e reprodutiva de um grupo específico na população feminina que está à margem da saúde pública, as lésbicas (MORA e MONTEIRO, 2013; CARVALHO et al, 2013).

A escolha dessa temática se deve à minha história pessoal que está diretamente atrelada à trajetória acadêmica, com início na graduação em enfermagem na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), de 2011 a 2015, momento em que meus estudos tinham completo enfoque na área de saúde mental, oportunizando um contato muito mais próximo com um universo de vivências sociais, permeadas pelo racismo, pauperização e violência, que

escancararam a forma como o Estado e as políticas públicas regem as condições de saúde da população.

Similar a esse momento de descortinar as estruturas sociais que afetam a saúde da população, está a vivência no Programa de Residência Multiprofissional da UFMT, de 2016 a 2018, ocasião em que me deparei com práticas assistenciais relacionadas às ISTs, que se articulam com os estudos de gênero e sexualidade. Para além do aprendizado nessa área, foi um momento fundamental para o amadurecimento pessoal e profissional em que pude ver claramente a forma como as hierarquias e relações de poder se dão no cotidiano, atreladas à lgbtfobia, machismo e racismo estrutural.

Foi também neste período em que exerci a minha própria sexualidade com mais liberdade, impulsionada pelo conhecimento adquirido em estudos feministas. Reconhecer-me enquanto preta e lésbica foi um marco para a minha construção pessoal e profissional, que fundamentou a proposta de projeto de pesquisa que resultou nesta dissertação.

Perceber a existência de uma estrutura social dominante, branca, racista, machista, lgbtfóbica e capitalista, que atua pela manutenção de poder por meio do fortalecimento de uma hierarquia social que oprime a população que não se encaixa nesse perfil, me instigou a atuar na militância pela defesa dos direitos sociais, com foco na saúde das lésbicas a partir da perspectiva da interseccionalidade.

Assim, busquei em referências nacionais e internacionais as principais questões de saúde de lésbicas, sendo elas: câncer de mama, câncer do colo do útero (ocasionado principalmente por HPV), saúde mental afetada por diversas formas de violência, consumo abusivo de álcool e outras drogas, ansiedade causada pelo medo e expectativa de rejeição relacionados à lesbofobia, e por fim as ISTs (CARVALHO et al, 2013).

A bibliografia (FERREIRA et al, 2017; SAMPAIO et al, 2011) analisada nesse momento apontou que a desigualdade de gênero é condicionante de risco às mulheres por produzir uma relação assimétrica na sociedade, implicando em relações de poder desiguais em que o que se configura como feminino, exerce papel de subalternidade na organização social. Estes estudos definem que é precisamente essa relação de poder na qual a mulher está frequentemente em lugar de subserviência que a coloca em vulnerabilidade social, e consequentemente vulnerabilidade em saúde.

Assim surgiu meu tema de investigação, qual seja, apreender efeitos dos significados de gênero e sexualidade nos serviços de saúde pela sua (in)compreensão/ apagamento/ desconsideração. Para tal, farei uma análise, a partir de uma perspectiva feminista e

antropológica, com foco nas teorias feministas, da interseccionalidade e de políticas públicas na produção de saúde para lésbicas.

Ao se tratar de gênero é importante destacar dois pontos importantes: a clássica atribuição de espaços sociais diferenciados no Brasil para homens e mulheres e a situação de opressão que as mulheres se encontram (PISCITELLI, 2009). É notável nos estudos feministas, aqui representados por Butler (2003) e Scott (1995), que gênero pode ser definido como um produto das relações sociais que é assimilado, representado e institucionalizado, repassado de uma geração para outra, baseado nas diferenças anatômicas percebidas entre os sexos, que configura o primeiro campo no qual as relações de poder se articulam (GOMES et al, 2018; FERREIRA et al, 2017).

Além de ser utilizado como categoria de análise, o conceito de gênero trouxe outros avanços para o movimento feminista, dentre eles a problematização da categoria “mulher”, antes vista a partir de um fundamentalismo biológico, agora contemplando uma complexa rede de características que exerceriam um papel dominante em certos contextos, mas não universais, trata-se de pensar nas mulheres em contextos específicos (PISCITELLI, 2002).

Ao mesmo tempo em que se percebem avanços, encontramos estudos que questionam o feminismo ocidental, como de Amadiume (1997), Oyewumi (1997) e Adesina (2010). De acordo com elas, o ocidente impõe experiências e estruturas históricas para outras sociedades, na maioria das vezes, desconsiderando o poder de organização das mulheres nas esferas religiosa, política, econômica e doméstica, invisibilizando a agência do sujeito. Como desdobramento da dominação europeia e estabelecimento da hegemonia cultural euro-americana no mundo, o etnocentrismo e a racialização do conhecimento são estabelecidos (GASPARETO e AMANCIO, 2017).

Desta forma, a simples sobreposição de padrões de dominação não é suficiente para o estudo de gênero, é necessário que uma interpretação aprofundada da esfera social e qualquer projeto emancipatório incorpore simultaneamente gênero, raça e classe, reforçando o questionamento em se tentar compreender as desigualdades presentes entre homens e mulheres apenas com uma dessas variáveis, de forma isolada (BIROLI e MIGUEL, 2015).

Para compreender este cenário do processo de vulnerabilização em saúde sexual que as lésbicas se encontram, é necessário retomar marcos históricos para as IST e sua relação com as sexualidades dissidentes. Para tanto, cito o início da epidemia de Aids na década de 1980, que permitiu o reforço da norma heterossexual no discurso preventivo e biomédico, não apenas no que se refere à Aids.

O controle sexual inserido nas políticas públicas de saúde é um marco do biopoder, conceito elaborado por Foucault, relacionado à prática de regulação dos sujeitos pelo Estado por meio da subjugação dos corpos. Arelado a esse movimento está a biopolítica, outro conceito de Foucault, que se refere a uma tecnologia de poder em que a população é tanto alvo quanto instrumento, estabelecendo uma relação entre corpos dóceis e domesticados com um senso de moralidade do corpo e da saúde (PELÚCIO e MISKOLCI, 2009).

É preciso lembrar que a Aids como questão de saúde pública no Brasil emergiu em um contexto histórico em que o país se libertava da ditadura militar com o reestabelecimento da democracia, a síndrome de culpabilização e acusação que caracterizou o início da resposta brasileira à Aids foi também resultado da repressão sistemática a que a população estava submetida (DANIEL e PARKER, 2018).

Em sua obra “O que é Aids” (1987), Nestor Perlongher destaca que é necessário compreender que a forma como o modelo preventivo foi utilizado na resposta à Aids partia de uma concepção biomédica de prática corporal que tem uma relação de conflito com os usos concretos e históricos dos corpos, a partir de um discurso de saúde-doença que visava o controle dos corpos e manutenção da ordem cisheteronormativa.

De acordo com Pelúcio e Miskolci (2009), a ordenação, classificação e controle da sexualidade nesse contexto ocorreram a partir da forma como a saúde pública associou o HIV/Aids como sexualmente transmissível, admitindo e respaldando a crença no antagonismo entre desejo e ordem social, com o homoerotismo como ameaça à moral e a saúde. Desta forma, podemos dizer que a gestão da epidemia de HIV/Aids é articulada por processos sociais que incluem a produção de diferenças, estigmas e desigualdade social, expressa também na construção discursiva da doença, associada a condutas ou pertencimentos sociais específicos (FACCHINI et al., 2018; CALAZANS, 2018; CALAZANS, PINHEIRO e AYRES, 2018).

Nesse contexto, a mulher heterossexual é invisibilizada como sujeito vulnerável a IST, já a lésbica é apagada tanto das práticas sexuais quanto do contexto social, tal qual apontam os estudos de Facchini (2006), Barbosa & Facchini (2009), Calderaro (2011) e Carvalho, Calderaro e Souza (2013).

Adrienne Rich em clássico artigo feminista propõe a ideia de heterossexualidade compulsória como instituição política que retira o poder das mulheres. Segundo Rich (2010) a existência lésbica é apagada por meio da demanda criada pela heterossexualidade compulsória, que denota a habilidade masculina em negar a sexualidade das mulheres ou forçá-las a isso. O capitalismo é exemplo de estrutura em que há segregação de gênero, por meio da qual as

mulheres ocupam posição inferior na hierarquia do ambiente de trabalho (MACKINNON, 1979).

A heterossexualidade não é apenas uma orientação sexual, mas também uma ferramenta de controle, em sua forma compulsória busca manter a supremacia masculina como instrumento de poder, levando a mulher a construir toda a sua identidade em torno de homens. Esse “regime”, mantém a hierarquia sexual, ao impor à mulher que se relacione com a ideia de homem para além do seu órgão genital, com a ideia socialmente construída de masculinidade.

A formação do profissional de saúde configura-se como determinante para essa realidade, pois define uma linha de cuidado que valoriza apenas o corpo biológico e a abordagem da sexualidade a partir do seu impacto no adoecimento, partindo de um padrão de relação social cisheteronormativo. Para tanto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que inclui as temáticas de gênero e sexualidade, assume papel crucial na transformação de práticas dos profissionais em busca da garantia dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014; BRASIL, 2009).

Por fim, destaco que este trabalho está dividido em três partes e as considerações finais. Na primeira parte, denominada “*Políticas públicas para as mulheres no Brasil: Avanços e retrocessos*”, apresento as principais teorias feministas e políticas públicas que estão interligadas à forma de se produzir saúde para as mulheres no país; na parte seguinte, intitulada “*Desafios para a efetivação de políticas públicas em saúde sexual: moralização da epidemia e modelo preventivo*”, faço uma discussão baseada nas teorias apresentadas anteriormente, sobre os principais achados de campo, destacando a relação entre a Aids e apagamento da lésbica nas políticas de saúde sexual; finalizo com a parte intitulada “*Identidades, territorialidade e subjetividade: influências na implementação de políticas públicas*”, em que me proponho a refletir sobre a construção da identidade e subjetividades dos atores envolvidos na efetivação de políticas de saúde.

CAMINHOS DA PESQUISA

Conforme citado anteriormente, minha relação pessoal com a pesquisa foi essencial para que esta se materializasse. Apesar de ter iniciado minha trajetória acadêmica na área de ciências da saúde, a graduação em enfermagem e a residência multiprofissional, oportunizaram minha aproximação a uma visão mais ampla de saúde, para além do corpo biológico, percebendo um sujeito inserido em um contexto social marcado por diversas determinantes sociais em saúde.

A escolha do mestrado em antropologia social se deu essencialmente pela minha vontade em colocar esta pesquisa em prática e não apenas pelo título de mestre, apesar de reconhecer os benefícios que a titulação traria para minha carreira. Partindo da compreensão de que a antropologia me traria subsídios técnico-teórico-científicos para os estudos de gênero e sexualidade e como as vivências e estudos sobre a temática impactam a realidade, em um contexto sociocultural construído a partir das relações sociais.

Esta decisão não foi tomada sem algum tempo de reflexão, pelo fato de ser uma área de atuação completamente diferente de tudo o que havia vivenciado na minha trajetória acadêmica. A experiência de fazer mestrado em uma área tão diferente da saúde não foi simples, a relação entre aluno-professor, a dinâmica de aula, o conteúdo apresentado, a forma de ler um texto, a forma de escrita dos materiais, a linguagem utilizada no mundo das ciências sociais, tudo isso foi um desafio.

Na enfermagem aprendi uma forma de “ser acadêmica”, de me comportar, de falar e escrever, com uma grande preocupação em seguir a metodologia científica apresentada pelo campo, focada em apresentar e analisar dados de forma clara, objetiva, com uma linguagem técnica da área, sem muito espaço para grandes reflexões, até mesmo em estudos qualitativos, que sempre foram minha área de interesse. Acredito que por se tratar de uma área em que o biológico era o grande foco, havia uma dificuldade para enxergar momentos em que a crítica social era necessária para o desenvolvimento da assistência em saúde e para perceber o lugar social que a profissão ocupa e como isso afeta a nossa prática.

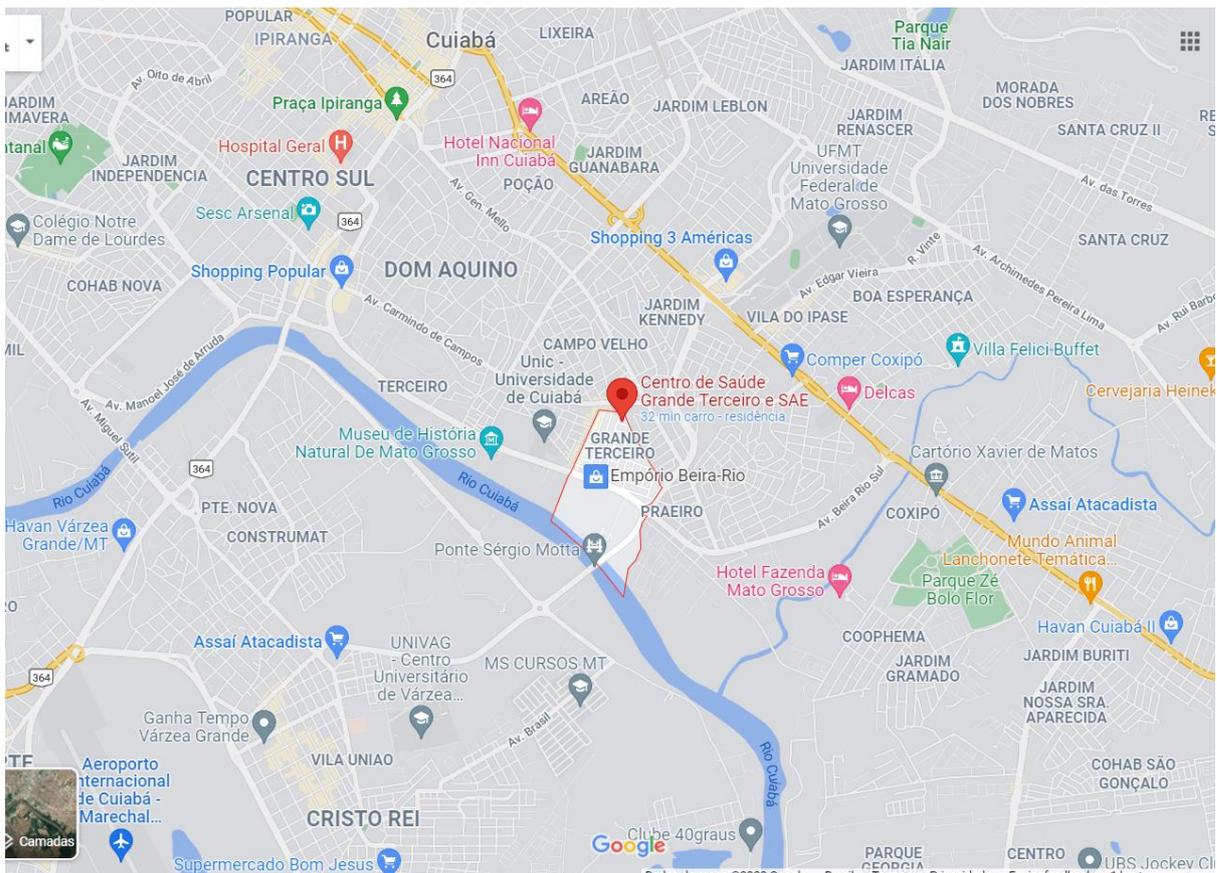
Na antropologia o que eu sabia sobre metodologia científica e o “ser acadêmica” foi colocado em dúvida por mim, uma nova forma de fazer pesquisa, o espaço e o estímulo para refletir, pensar o contexto. Apesar de parecer muito bonito também foi muito difícil, aprender a me deixar tornar as reflexões sociais uma grande parte da construção de qualquer atividade dessa área exigiu o remodelamento de tudo que eu sabia e conhecia. As leituras eram mais pesadas por conta desse esforço, a linguagem que os autores utilizavam precisou ser aprendida.

Pensando na execução da pesquisa, optei pela realização dessa etnografia em um serviço de saúde em que tinha alguma familiaridade e reconhecia como uma oportunidade de vivenciar

com maior proximidade as questões de gênero e sexualidade que atravessam a assistência em saúde, o Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV/Aids e Hepatites Virais de Cuiabá, pensando que um lugar conhecido por mim seria seguro para a realização da pesquisa, em termos de ser algo familiar, que já tinha alguma base teórica.

O SAE Cuiabá, como é chamado na rede de saúde do município, é um serviço administrado pela capital, inaugurado em 1998, instalado em vários imóveis no decorrer desses anos, para apenas em 2008 ser instalado em sede própria, localizado na Avenida Rio Piraim, bairro Grande Terceiro, regional leste da capital. A unidade, que pertence à atenção secundária em saúde por se tratar de um ambulatório, foi instalada no prédio em que era situado o Centro de Saúde do Grande Terceiro, uma unidade da rede de atenção básica do município, porém com uma divisão espacial muito bem marcada, sem ligação na parte interna do prédio.

Figura 1 - Localização do SAE Grande Terceiro



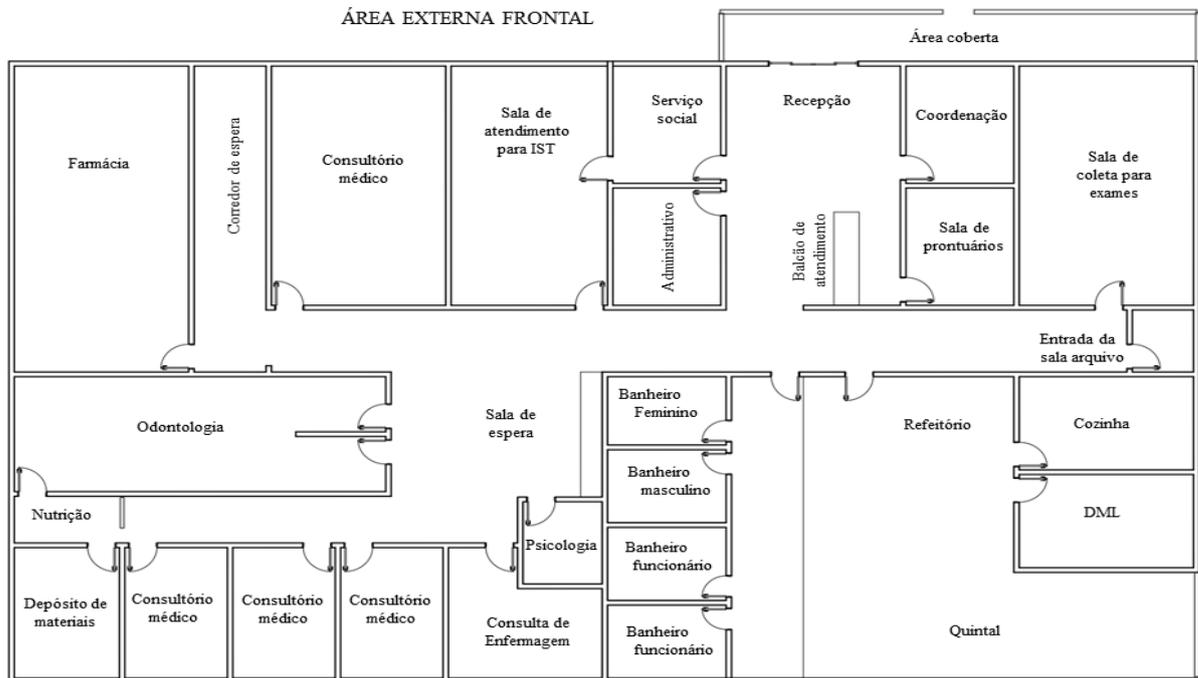
Fonte: Google imagens (2022).

Os SAEs foram implantados no país a partir de 1994, de forma descentralizada, financiados com recursos repassados por meio do Plano Operativo Anual (POA), pelo Ministério da Saúde (MS) às coordenações locais de DST e Aids. Estas, tinham a

responsabilidade de identificar a necessidade de implantação dos serviços, adquirir e disponibilizar equipamentos/veículos às instituições, com a articulação do Programa Nacional de DST/aids, criado em 1988, que tinha por objetivo coordenar o Plano Nacional de Combate a Aids, (SILVA, 2007; ABRÃO et al, 2014).

Pela crescente marginalização das equipes de saúde e das instituições em relação a essa sistemática, a fragilidade na instrumentalização para monitoramento dos serviços e do recurso financeiro aplicado, bem como ausência de avaliação dos serviços, optou-se em 1997, pela implantação centralizada dos serviços com financiamento do MS, mediante aprovação de projetos específicos para as regiões. Assim, o MS concebe o conceito atual de SAE, uma unidade assistencial de nível ambulatorial, que facilita o vínculo da Pessoa Vivendo com HIV (PVHIV) e outras ISTs com uma equipe multiprofissional, com resolutividade diagnóstica, assistência farmacêutica e psicossocial (SILVA, 2007; MS, 2005).

O SAE Cuiabá surge com essa proposta de saúde ampliada, atualmente o serviço possui uma equipe multiprofissional composta pelas áreas de enfermagem, serviço social, psicologia, farmácia, nutrição, odontologia, medicina e laboratório. A unidade possui, até o fim do meu período de coleta de dados, 42 profissionais da área multiprofissional, vigilantes, serviços gerais, recepção e coordenação. Com uma estrutura física precária, com vazamentos no telhado, forro cedendo, paredes se desfazendo, cupins e falta de espaço em si para atendimento confortável e com privacidade, o serviço possui cerca de 4000 (quatro mil) usuários cadastrados desde sua inauguração, número que contempla usuários que já foram a óbito, abandonos de tratamento e aqueles que estão em tratamento regular, e ainda funciona com uma sistematização tradicional, sem prontuário eletrônico ou qualquer forma de atendimento digital. Veja a seguir a planta baixa da unidade:

Figura 2 - Planta baixa do SAE Grande Terceiro.¹

Fonte: Imagem da autora (2019).

O serviço tem um perfil de usuários de maioria homens, jovens (18 a 35 anos), cisgênero, homossexuais, autodeclarados brancos e pardos (em uma proporção maior de brancos), de classe baixa a média, com grau de escolaridade de nível médio completo a pós-graduação. A predominância desse perfil pode estar associada principalmente ao grau de escolaridade, sabendo-se que o acesso ao ensino médio e superior é facilitado para as pessoas cisgêneras e brancas de classe média a alta, pelos fatores estruturantes como racismo, machismo, pobreza e lgbtfobia que afastam negros, mulheres, pessoas de classe baixa e população LGBTQI+ das escolas.

Além disso, é perceptível na Figura 1 que a unidade está localizada entre as 3 (três) maiores universidades da região, a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Universidade de Cuiabá (UNIC) e Universidade de Várzea Grande (UNIVAG), favorecendo o acesso dos usuários que fazem parte do perfil associado a universidades (estudantes e funcionários).

Apesar da existência do Centro de Referência de Alta e Média Complexidade (CERMAC), serviço estadual que tem dentre as ofertas de assistência o cuidado a PVHIV referência para os municípios do interior de Mato Grosso que não possuem SAE. Bem como o

¹ DML: Depósito de Material de Limpeza.

Ambulatório de Infectologia e Doenças Tropicais (Ambulatório III) do Hospital Universitário Julio Muller (HUJM), que oferta assistência a PVHIV, porém em um número muito menor. O SAE Cuiabá no Grande Terceiro se torna uma referência para a rede de saúde municipal por ser uma unidade que recebe demanda espontânea e que concentra a maior equipe multiprofissional focada no atendimento das PVHIV e das ISTs em geral, favorecendo a superlotação da unidade que tem um atendimento centralizado.

Percebe-se que o perfil de usuários do SAE é um pouco diferente das populações-chave, conceito utilizado pelo Ministério da Saúde para designar as populações que apresentam prevalência desproporcionalmente alta de infecção por HIV e outras IST quando comparada à população em geral, e que tem suas vulnerabilidades aumentadas por fatores estruturantes da sociedade, são consideradas populações-chave: gays e outros HSH (homens que fazem sexo com homens), trabalhadoras do sexo, pessoas privadas de liberdade, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas trans (BRASIL, 2018).

Além disso, a agenda inclui transversalmente as populações prioritárias, segmentos que também apresentam vulnerabilidade aumentada devido à situação de vida ou contextos históricos, sociais e estruturais: jovens (de 15 a 29 anos), população negra, indígenas e pessoas em situação de rua (BRASIL, 2018).

A discrepância entre o público presente no SAE e aquele que deveria estar presente, de acordo com as diretrizes de saúde, é um indicativo inicial do não acesso das populações em maior situação de vulnerabilidade a um serviço básico de saúde, promovido por diversos fatores, como a falta de estrutura física e de recursos humanos, centralização de ações voltadas a prevenção de ISTs, desarticulação da rede de saúde e déficit na gestão pública.

Em relação ao funcionamento, a unidade atende de segunda a sexta-feira, das 7h às 11h e das 13h às 17h, sendo que por um arranjo da própria unidade, o único atendimento que funcionava no horário de almoço era a farmácia, na busca de garantir disponibilidade para retirada de medicamentos para os usuários que trabalhavam em horário comercial.

O usuário poderia buscar a unidade por encaminhamento de um profissional de saúde da rede pública ou privada, mas também por demanda espontânea. O primeiro passo era se apresentar na recepção e informar o que desejava, esse era um momento de grande apreensão porque era ali que ele se identificava como usuário regular da unidade ou como alguém que estava ali pela primeira vez. Como forma de tentar preservar o sigilo, as pessoas que chegavam ali tentavam falar o mais baixo possível com a recepcionista, mas na grande maioria das vezes isso não era possível pela superlotação na unidade que ocasionava ruídos impossíveis de serem

ignorados na conversa. Os usuários mais conhecidos pelas recepcionistas tinham o benefício de não precisar falar o nome, apenas qual profissional eles estavam buscando.

Após a identificação o usuário era encaminhado para o serviço que buscava, aqueles que já eram cadastrados tinham um prontuário de atendimento físico, que era separado pela recepção, identificado com o número da ordem de chegada e levado à sala do profissional para que o usuário fosse chamado pelo número e não pelo nome. Os usuários então aguardavam na sala de espera da unidade, bem apertada por sinal, devido ao grande número de atendimentos e especialidades oferecidas no serviço e pequeno espaço físico.

Os usuários que estavam lá pela primeira vez eram encaminhados à enfermagem, independente de qual fosse o serviço que buscavam ali, para que fosse realizada a triagem e avaliação de enfermagem que determinaria se aquele era o local de atendimento, caso não ele seria referenciado para unidade competente, caso sim seria aberta uma ficha de atendimento para IST ou um prontuário para cadastro do usuário na unidade.

A realização do teste rápido, exame diagnóstico que oferece resultado em até 30 minutos, para HIV, sífilis, hepatites B e C, possuía um fluxo diferente. Por ser um serviço de demanda espontânea, o usuário só precisava solicitar a realização e era encaminhado, por ordem de chegada, para a enfermagem ou psicologia para a realização do teste, nesse caso não era aberta nenhuma ficha de atendimento, caso o resultado fosse não reagente (negativo), era apenas anotado os dados pessoais do usuário no livro de registro de teste rápido da unidade e o resultado do teste. Caso o resultado fosse reagente (positivo), era realizada abertura de prontuário ou ficha de atendimento com a enfermagem, recebia acolhimento da psicologia e passava pelo médico.

A prescrição de medicamentos dependeria da condição clínica do usuário e avaliação do profissional de saúde. Se fosse o caso já poderia passar no mesmo dia pela farmácia para retirada de medicamentos, se não seria agendado para a data com vaga próxima e seguiria os trâmites necessários para prescrição medicamentosa (exames laboratoriais, avaliação médica).

A oferta de várias especialidades e áreas de saúde era importante para o serviço, porém ocasionava um fluxo de pessoas e diferentes configurações em um mesmo dia, situação que de certa forma “bagunçava” a unidade pela sua estrutura precária para atender um número tão grande de pessoas, cerca de 120 usuários passavam pela unidade em um dia, para atendimento dentre todos os ofertados.

Esse intenso fluxo de pessoas gerava incômodo nos usuários pelo atraso no atendimento, que o mantinha na unidade por mais tempo do que gostaria e oportunizava a chance de ser identificado por conhecidos. Além disso, a alta carga emocional apresentada pelos usuários

durante o atendimento, seja pela descoberta da infecção ou pela dificuldade em aceitar o diagnóstico, tornava o ambiente propício para conflitos, pois tal atendimento demandava um tempo maior do profissional que em consequência atrasava os demais, ou seja, o SAE era sempre um caldeirão de emoções, usuários com medo de serem reconhecidos, pessoas recebendo o diagnóstico pela primeira vez, atraso nos atendimentos e profissionais cansados trabalhando em condições insalubres e de alto estresse emocional.

Somado a isso, havia um conflito entre profissionais de saúde e movimentos sociais, pela pressão e ameaças exercidas pelos movimentos de PVHIV e de uma ONG LGBTQI+, que ocorria em forma de denúncias contra o serviço ou contra profissionais específicos, na maioria das vezes por situações que estavam fora do alcance do profissional, que trabalhava na unidade da forma que conseguia por tudo que já foi descrito acima. Certamente boa parte das queixas dos usuários eram apenas reivindicações de direitos básicos, que não eram garantidos por questões estruturais, políticas, de poder exercido por poucos sobre a unidade e a própria desorganização do serviço pela dificuldade da equipe em trabalhar de forma multiprofissional e interdisciplinar.

Ademais, não apenas os fatores acima explicam a contrariedade do que é preconizado e aprovado em lei e políticas com o que é realizado na prática. A interferência de agentes políticos na organização do serviço é um fator extremamente relevante, pois é a partir dele que os demais atores que estão envolvidos se posicionam, seja pela proteção de vínculo empregatício instável, seja para favorecimento pessoal no trabalho, seja para manutenção da hierarquia, para produção ou manutenção de poder institucional e/ou simbólico.

É importante destacar que adentrei o campo mais cedo do que o previsto, pois comecei a trabalhar no serviço 3 (três) meses após iniciar o mestrado, ou seja, em maio de 2019. Fui nomeada para exercer cargo comissionado na função de coordenadora da unidade, apesar de já conhecer o serviço por um breve contato durante as atividades da residência multiprofissional, foi a partir do vínculo empregatício que a experiência se aprofundou. É essencial na leitura dessa dissertação pensar os impactos dessa posição que assumi na hierarquia do serviço para o meu campo e seus principais achados, mas também para compreender o desenrolar dos fatos que ocorreram durante meu vínculo com o serviço, como será possível observar mais a frente neste trabalho.

No que refere ao “clima” do serviço, das relações sociais que nele existem, posso descrevê-lo de formas diferentes, divididas em três momentos no decorrer dos meses em que estive presente. Inicialmente percebia haver uma incerteza entre os profissionais sobre como seria a relação com a nova coordenação, mas também sobre a minha capacidade técnica para

assumir esse cargo, tendo em vista ser a profissional mais jovem do serviço naquele momento. Com o passar dos meses e entrada de novos profissionais na unidade por meio de processo seletivo municipal, criou-se um clima de amistosidade e maior tranquilidade, com a integração entre as equipes e maior confiança dos profissionais na minha gestão, pelo trabalho apresentado até o momento e forma de condução da equipe. Por fim, o momento final é caracterizado por um “ar pesado”, como descrito por alguns profissionais, pela percepção de articulações que resultaram na minha exoneração do cargo, que será detalhada nesta dissertação, mas também pela forma como essas articulações se deram e os atores envolvidos.

O trecho do diário de campo que abre esta dissertação ocorreu no início da minha trajetória na unidade, vivenciado por meio da observação participante, trouxe neste momento da dissertação para que tenham um breve olhar sobre a forma em que os atendimentos assistenciais se dão na unidade quando se trata de uma lésbica, e resalto que esse será o único relato em que verão a questão da assistência em saúde sexual de lésbicas nos serviços de saúde abordada em atendimento. Além de observar o aspecto técnico da assistência, é possível identificar uma forte relação de saber-poder, entre profissional e usuária, mas que também será vista nessa dissertação em diversos momentos, entre vários atores, e que será fundamental para compreensão das relações de poder que se articulam no serviço e seus impactos na implementação das políticas públicas relacionadas a saúde LGBTQI+.

CAPÍTULO I – Políticas públicas para as mulheres no Brasil: avanços e retrocessos

O debate sobre a criação e implementação de políticas públicas, a noção de preservação de direitos e do Estado como provedor e regulador desses direitos tem sido construída desde o século XIX, com os avanços da revolução industrial, momento em que também foi questionada a desigualdade de direitos entre homens e mulheres.

Para compreender o momento que vivemos, no que diz respeito às políticas públicas para mulheres, é necessária uma breve descrição do contexto sócio-histórico em que essas políticas foram percebidas como necessárias e a luta para sua criação e implementação.

Este capítulo busca apresentar as principais políticas públicas para mulheres no contexto nacional, a partir de artigos e livros, tendo em vista organizar os avanços e desafios da temática em três tópicos: 1. “Políticas públicas e suas narrativas”, uma descrição da percepção de interlocutoras sobre as políticas de saúde, no âmbito da gestão e assistência em saúde; 2. “Breve histórico das Políticas Públicas de saúde da mulher no Brasil”, que busca historicizar políticas públicas que abarquem os direitos da mulher; 3. “Construção da Política Nacional LGBTQI+”, visa apresentar o processo que levou à construção da Política Nacional LGBTQI+.

1.1. Políticas públicas e suas narrativas

Para compreender as instituições, atores e processos que envolvem a saúde pública, é imperativo antes de fazer uma análise sobre qualquer política pública, compreender que essa análise se dará a partir do ferramental próprio das análises de políticas públicas, com a influência de pelo menos dois campos: conceitos de ciência política, que abarcam as políticas públicas e do relativo à política pública específica que será estudada, no caso a política de saúde (OLIVEIRA, 2016).

O sentido do termo “política”, da qual tratarei nesta pesquisa, está relacionado a uma dimensão mais concreta e que tem relação com orientações para a decisão e ação, as políticas públicas estão vinculadas tanto ao conteúdo concreto da política quanto ao simbólico das decisões acerca dessas políticas, mas também do processo de construção e atuação dessas decisões (SECCHI, 2012).

Para incorporar os instrumentos de análise dos campos das políticas públicas aos estudos de políticas de saúde, precisamos ter noção do que é uma política pública em sua forma conceitual. O introdutor dessa discussão, iniciada ainda nos anos 1930, foi Harold Lasswell, com foco em o que os governos realmente fazem em relação as políticas públicas, passando a avaliar as políticas não em seu caráter normativo, mas em como são eficientes ou efetivos, e o nível de empenho dos governos em atingir as metas estabelecidas (OLIVEIRA, 2016; HOWLETT e RAMESH, 2003).

Outra definição de política pública foi cunhada por Thomas Dye (1972), como “*qualquer ação que os governos escolhem ou não fazer*”, que traz uma importante reflexão para o campo de análise de políticas públicas, a noção de que a não ação também é uma escolha política. Os estudos de William Jenkins complementam essa definição ao tratar a política pública como um processo, com decisões de atores ou grupo de atores políticos inter-relacionadas, com objetivos e meios para alcançá-los em uma situação específica, que estariam ao alcance do poder desses atores, ou seja, as decisões não dependem apenas de atores governamentais, mas também de sua aplicabilidade prática no ambiente institucional envolvente (OLIVEIRA, 2016; HOWLETT e RAMESH, 2003).

James Anderson ainda traz um dado central com a sua definição de política pública, trata-se da percepção da existência que demanda atenção e ação dos atores. Conforme detalha Oliveira (2016), baseada nesses conceitos é possível aferir algumas questões referentes às análises de políticas públicas:

o ator de política pública (se governamental ou não governamental), suas decisões e não decisões; (ii) os objetivos das políticas públicas e os meios institucionais para alcançá-los; (iii) os problemas que chamam a atenção do ator decisor e se transformam – e como o fazem – em tema de políticas públicas; (iv) os processos de implementação e de avaliação da política para o seu aprimoramento. (Oliveira, 2016, p.886)

Para compreender os diferentes aspectos constitutivos das políticas públicas, desenvolveu-se a noção de “ciclo de políticas públicas”, organizado em diferentes etapas que abrangem o processo de políticas públicas. Este ciclo envolve cinco etapas: construção de agenda, formulação da política, processo decisório, implementação e avaliação (OLIVEIRA, 2016).

Conforme explicitado acima, ao se pensar um processo de políticas públicas é importante considerar três eixos estruturantes: os atores, as instituições e a relação entre eles. Durante meu campo tive a oportunidade de observar esses eixos em articulação, certa vez recebi uma ligação do assessor do vereador que me indicou para o trabalho no SAE, como é de conhecimento, vereadores de Cuiabá têm controle sobre grande parte dos chamados “cargos de confiança” ou de Direção e Assessoramento Superior (DAS), para ser mais formal. O motivo do contato foi para me informar que o vereador estava insatisfeito com informações que estava recebendo acerca de conflitos que estavam acontecendo na unidade, que a meu ver foram interpretadas como obstáculos para o seu desenvolvimento enquanto área de promoção política. Ao encerrar a ligação o assessor marcou uma reunião para conversar com as pessoas envolvidas na questão.

Uma reflexão essencial é sobre as ideias e interesses envolvidos nos processos decisórios para definição e implementação de políticas públicas, uma análise sobre os “*arranjos institucionais resultantes das relações entre atores políticos*” é imperativa para entender como as políticas públicas, neste caso uma política pública de saúde voltada as IST/HIV/Aids, é efetivada ou não (GERSCHMAN e SANTOS, 2006).

Segundo Sabatier (1997 apud Oliveira, 2016), a implementação das políticas públicas pode ser analisada em três conjuntos: um processo de “cima para baixo”, desenhado pelo topo da hierarquia pública e transmitido aos demais níveis hierárquicos; um processo que apesar de construído de forma central é implementado de “baixo para cima”, por uma rede de atores e pela chamada burocracia do nível da rua, em um processo em que as políticas são transformadas e redesenhadas com novos significados, com base na prática desses atores; e um modelo misto, que indica uma interação entre os diferentes níveis burocráticos (OLIVEIRA, 2016; SABATIER e MAZMANIAN, 1979; HOGWOOD e GUNN, 1997; HJERN e PORTER, 1997; LIPSKY, 1983).

De forma geral, as análises de políticas públicas apontam o papel de atores governamentais ou não na implementação dessas políticas, com uma visão para além da análise institucional das políticas, mas também do papel dos atores nesse processo e sua capacidade de incidir sobre elas (OLIVEIRA, 2016).

Dito isso, retomo o trecho acima, retirado do diário de campo, que evidencia um outro aspecto importante na avaliação dessas políticas, o papel do Estado. Com o papel de regulador social, o Estado se estrutura tendo em vista a manutenção da coesão social, buscando garantir a proteção de direitos e promover a harmonia social entre os indivíduos na coletividade, por meio de uma prática voltada ao bem-estar social, que tem por objetivo satisfazer a população através de políticas públicas focalizadas e universais (SILVA et al, 2017).

As decisões de ordem política e administrativa que guiam a sociedade são tomadas pelo chamado Governo, conjunto de indivíduos que ocupam espaço determinante no Estado, esses indivíduos participam do ciclo de políticas públicas e possuem importante envolvimento, em um governo democrático que tem preferências e interesses em constante negociação (SILVA et al, 2017). A situação descrita acima exemplifica o poder de interferência de atores públicos que compõe o Estado, neste caso representado pelo vereador, no funcionamento de serviços públicos e, portanto, na implementação de políticas públicas.

Em um outro momento de desenvolvimento de minha pesquisa, participei de uma reunião no SAE regional norte, que na época ainda estava em reforma, ao chegar encontrei o assessor de um vereador, uma das enfermeiras mais antigas do SAE Grande Terceiro, uma PVHIV que já havia sido liderança do movimento social e estava como profissional de nível médio vinculada à unidade e uma das representantes das PVHIV. Nesta reunião foi mencionada a preocupação com um possível conflito entre as pessoas presentes que poderia dificultar a projeção política do vereador para as eleições de 2020.

A análise dos “arranjos institucionais resultantes das relações entre atores políticos” como apontado por Gershman e Santos (2006), pode ser observada no desenrolar dos diversos momentos de influência de agentes do Estado, aqui com destaque ao vereador e seu assessor, que contribuíram para essa etnografia e para uma percepção mais aguçada sobre a “mão política” nas instituições públicas e suas consequências.

Ao analisarmos a implementação de políticas públicas é importante lembrar que os atores não governamentais também fazem parte desse processo, para além de estudar as instituições as análises demandam um olhar atento para a atuação de cada ator ao longo do processo (OLIVEIRA, 2016).

Uma outra preocupação colocada foi em relação a um episódio ocorrido com o farmacêutico da unidade, em que foi questionado pela enfermeira, presente na reunião, a postura ética e profissional do colega. Apesar de não haver evidências das alegações feitas por ela, mas sim falas de outro colega que estava envolvido no atendimento que afirmavam que a situação ocorrida havia sido diferente da comentada e assegurava a postura ética do profissional farmacêutico no atendimento em questão e buscava reforçar seu histórico de profissionalismo junto à unidade e seus usuários.

A enfermeira atua na unidade desde a sua abertura em Cuiabá, a mais de 20 anos, sendo uma das profissionais pioneira no atendimento à PVHIV em Mato Grosso. Já o farmacêutico estava na unidade a apenas 02 anos, apesar de ter experiência de mais de 10 anos em sua área de atuação, em atividade assistencial e de gestão em saúde, o atendimento específico a PVHIV ocorreu a partir de sua inserção no SAE. Em relação ao colega que reafirmou a posição ética do farmacêutico, trata-se de um médico também pioneiro no atendimento a PVHIV em Mato Grosso com mais de 20 anos de carreira entre cargos de atendimento assistencial e gestão de serviços de saúde.

“[...] A gente acaba gerando um choque cultural quando você chega com uma visão e com aquilo que você traz de bagagem, porém o local que você vai trabalhar ainda não está preparado. E o SAE, apesar de ser tido como um ambiente multiprofissional, nada contra esses profissionais, mas ainda tem uma predominância entre enfermeiro e médico e você não consegue muito bem dialogar com essas áreas porque acaba ou não você tem alguns ‘caciques’, essa cultura de saúde ser só enfermagem e medicina, e muitas coisas ali caem por terra, se você tentar mexer em uma coisa que é o pilar estruturante desse relacionamento centenário você acaba sendo visto até como inimigo, mas em contrapartida são poucos que pensam dessa forma [...]” (Farmacêutico, 2021).

A insistência em deslegitimar a ética do profissional pode ser interpretada como uma resposta dessa profissional mais antiga no serviço a um colega mais jovem com uma visão de trabalho em serviço público diferente da dela, com menor tempo de vínculo à unidade, propostas baseadas na gestão pública com foco em otimização de recursos e organização do processo de trabalho orientado por protocolos institucionais. Essa oposição aponta a unidade como palco de tensão entre a formalidade do acompanhamento de protocolos e a informalidade do “jeitinho” no atendimento em saúde, que é visto pelos servidores mais antigos como a única alternativa para escapar da burocracia do sistema e fornecer o atendimento a população no serviço público.

Para além disso, o episódio também pode ser lido como um conflito geracional. De acordo com Motta (2004), subsidiada pelos estudos de Mannheim (1928) um dos sentidos mais

sociológicos do termo seria aquele que “*designa um coletivo de indivíduos que vivem em determinada época ou tempo social, têm aproximadamente a mesma idade e compartilham alguma forma de experiência ou vivência*”. A relação social entre gerações é permeada por conflitos, tendo em vista a diferença de comportamentos e atitudes que podem ser o ponto de partida para o debate da controvérsia de sucessão (RUSCHEL e CASTRO, 1998).

Foucault (2011) reflete sobre a genealogia de controles normativos centrados nas populações, indicada por ele como uma biopolítica perpassada por biopoderes difusos que circulam e produzem corpos a partir da organização das disciplinas centradas na vida, regulando e normalizando os processos do curso da vida dos sujeitos, uma tecnologia de poder centrada na vida e em seus ciclos.

O conflito entre as gerações parte da reação à diferença, no caso a geração antiga questiona a modernização proposta pelas gerações mais novas, buscando manter a continuidade de si no futuro. Porém, o desenvolvimento de valores opostos da geração mais nova provoca mudanças na ordem vigente, instigando o conflito de estabilização de identidade entre as gerações (RUSCHEL e CASTRO, 1998).

Outra característica importante nos conflitos do SAE é exemplificada pela fala abaixo, em que a hierarquia de saber-poder é estabelecida pelo tempo de atuação com a temática HIV/Aids e a área de conhecimento a que o profissional pertence.

“[...] o que falta bastante aqui em Cuiabá é integração de todas as áreas, mas eu entendo que isso não ocorre também porque alguns poucos não querem, porque esses poucos acabam que seriam prejudicados, porque esse conhecimento que seria compartilhado, quando tenho algo que é compartilhado ele passa a ser algo público até, não é de um ou de outro, e aí você tem a ciência de que conhecimento empodera, quanto mais a gente compartilha isso e empodera outros profissionais e as vezes até os pacientes, aquela figura isolada acaba perecendo e não vigora mais, o coletivo é mais forte, para alguns isso não é interessante, porque eles angariam vantagens eu acredito, nem que seja para seu próprio ego, tendo as pessoas dependentes dele [...] (Farmacêutico, 2021).

Para Foucault (2013), o conhecimento e o poder estão interligados, de forma que o discurso atua como mecanismo de geração de poder e garantia de legitimidade e espaço. A autoridade biomédica no HIV/Aids, representada no SAE pela medicina e enfermagem diante das demais áreas da saúde, foi produzida e continua sendo reproduzida no âmbito dos serviços de saúde, criando uma hierarquia de conhecimento que vai além do tempo de serviço, contemplando dessa vez a área de atuação profissional como fonte de conhecimento e poder sobre as práticas realizadas na unidade.

A partir dos anos 1980, o campo da antropologia social se relaciona aos estudos de políticas públicas, com a chamada “virada pós-moderna”, estudos com influências de Michel Foucault e Pierre Bourdieu foram amplamente disseminadas nas Américas, mas também Clifford Geertz no cenário da disciplina e a conexão com os “estudos culturais” somaram-se às críticas feministas sobre as bases que alicerçaram o domínio europeu, ocidental e norte americano sobre mundo, que levaram a uma expressiva difusão de estudos sobre subalternidade, globalização e transnacionalismo, que conseqüentemente fomentaram a discussão dos fenômenos relativos ao Estado moderno em sociedades complexas, dentre eles estudos das práticas desenvolvimentistas e das tecnologias de poder associadas a eles (LIMA e CASTRO, 2015).

Em 1994, Susan Wright e Chris Shore tiveram papel essencial na apresentação ao mundo de um novo campo de estudo, a antropologia das políticas públicas, a partir de um workshop sobre “*Políticas públicas, moralidade e a arte do governo*”, organizado para a conferência da *European Association of Social Anthropology* (EASA), que tratava de pensar as políticas públicas como linguagem e poder, como agentes culturais e tecnologia política, com forte influência dos pensamentos de Foucault (LIMA e CASTRO, 2015).

Diversos outros estudos sobre esse campo da antropologia surgiram, com uma intensa proliferação de chaves analíticas, busco nesta dissertação me aproximar da dimensão governamental com base na ideia de governo formulada por Michel Foucault, para um estudo que contemple a dimensão da política pública e organização social.

1.2. Breve histórico da Políticas Públicas sobre a mulher no Brasil

Por se ter como objeto de estudo políticas públicas para mulheres, é importante compreender a categoria analítica gênero, que em oposição à visão naturalista que delimita os espaços de atuação social de homens e mulheres com base em seus traços anatômicos associados à capacidade reprodutiva, essa categoria percebe as diferenças entre os sexos biológicos como uma construção social, vinculada a contextos históricos e culturais específicos (PISCITELLI, 2009).

Desta forma, trago uma breve contextualização sobre as ondas do feminismo, movimento protagonista na luta por direitos das mulheres que impulsionou a criação de políticas públicas para a mulher, para que se tenha em mente o processo histórico de luta por direitos. A “primeira onda”, que ocorreu entre o final do século XIX e início do XX, com intensa mobilização na América do Norte e Europa, é caracterizada pela noção de direitos iguais à cidadania, com reivindicações de voto, acesso à educação, direito a ter posses e bens. No Brasil, Nísia Floresta e Bertha Luz, consideradas pioneiras no feminismo brasileiro, fundaram a

Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, lutando pelo sufrágio e direito ao trabalho (PISCITELLI, 2009; TELES, 1999).

A “segunda onda”, a partir da década de 1960, tem seu estopim com a publicação do livro de Simone de Beauvoir, “O segundo sexo”, o pensamento feminista dessa época incitou as reivindicações de igualdade de direitos, mas também questionou as origens culturais dessa desigualdade. Apenas em 1970 a segunda onda começa a se formar no Brasil, um país em plena crise democrática com a instauração da ditadura militar, combatida pelas feministas, que também tiveram importante papel na luta pela valorização do trabalho, controle do próprio corpo, legalização do aborto e contra a violência sexual (PISCITELLI, 2009; TELES, 1999).

A chamada “terceira onda”, teve início na década de 1970 na América do Norte, mas seus primeiros rumores no Brasil ocorreram apenas em 1990, colocando em discussão para quais mulheres o feminismo estava organizado, apontando o apagamento das mulheres negras, periféricas e do “Terceiro Mundo” nas pautas feministas, predominantemente branco e de classe social elevada (PISCITELLI, 2009).

Compreender essa categoria analítica (gênero) é essencial para perceber a polarização entre os gêneros masculino e feminino, baseados no binarismo, refletida nas oposições de natureza e cultura, biológico e social, produção e reprodução, público e privado, nota-se que a diferença entre os gêneros como uma categoria central de análise, é essencial na definição de estratégias de ação (TELES, 1999).

É importante destacar que as manifestações feministas ocorriam em paralelo com um outro grande movimento social, a Reforma Sanitária Brasileira, que tinha como proposta a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população, em um modelo de assistência baseada nas necessidades de saúde, muito mais do que apenas uma proposta de assistência em saúde a Reforma Sanitária buscava uma reforma social (PAIM, 2008).

Em meados da década de 70, o país foi palco desse movimento de democratização da saúde, em um cenário abalado pelo golpe de Estado e instalação da ditadura militar. Após anos de articulação e luta, foi apenas em 1986, após a conquista da democracia, que o Brasil possibilitou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico que reafirmou a noção de saúde como um direito de todos e dever do Estado, como a organização de recomendações para a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e democrático (PAIM, 2008).

Impulsionado por esses acontecimentos, em 1988 o SUS é instituído por meio da Constituição Federal (CF) e consolidado pela Lei 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços

correspondentes, e Lei 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). O SUS foi a principal política pública de saúde criada no país, na qual foram efetivadas outras políticas de saúde específicas para a população, como para a saúde da mulher e saúde LGBTQI+.

Em geral, as políticas públicas brasileiras dirigidas à mulher são permeadas pela linguagem masculina presente estruturalmente nos espaços socioinstitucionais e jurídicos, na maioria das vezes obliterando a perspectiva de gênero, mesmo quando o discurso governamental está na direção da redução de desigualdades de gênero (BANDEIRA e ALMEIDA, 2013). Para melhor compreensão dessa problemática, é essencial ter em mente a diferença entre políticas públicas de gênero e políticas públicas para mulheres.

As políticas públicas de gênero são construídas levando em conta a diversidade dos processos de socialização que repercutem ao longo da vida em conflitos e negociações produzidas nas relações interpessoais entre homens e mulheres e dentro do próprio círculo de homens ou de mulheres, contemplando a dimensão da subjetividade do sujeito (BANDEIRA e ALMEIDA, 2013).

As políticas públicas para mulheres são introjetadas pelos valores sociais tradicionais e conservadores que visam a manutenção da ordem em que o feminino é essencializado, com a mulher ocupando a posição central na reprodução e manutenção da família, colocando em segundo plano ou mesmo ignorando a autonomia das mulheres. Essas políticas são frequentemente baseadas em práticas assistencialistas que por consequência limitam o potencial de mudança estrutural (BANDEIRA e ALMEIDA, 2013). Ressalto que as políticas para mulheres não excluem as políticas de gênero, apesar da dificuldade em estabelecer um ponto de ruptura das concepções tradicionais do feminino.

Há a possibilidade de que em longo prazo as políticas para mulheres se transformem em políticas de gênero, com a ampliação para uma perspectiva relacional em oposição às desigualdades entre homens e mulheres, bem como intragrupo, evocando a possibilidade de que as políticas para mulheres se tornem uma estratégia de promoção da igualdade de gênero (BANDEIRA e ALMEIDA, 2013).

E ainda, as políticas de gênero partem do pressuposto de que o Estado deve agir em colaboração para a construção política e social dos gêneros, fomentando a participação de diferentes atores e setores sociais tendo em vista o combate à iniquidade e desigualdade entre homens e mulheres, pautadas pelo pleno exercício da cidadania e autonomia, buscando

ultrapassar os conceitos de papéis sexuais estabelecidos culturalmente (BANDEIRA e ALMEIDA, 2013; BANDEIRA e VASCONCELOS, 2003; SUÁREZ e BANDEIRA, 2002).

A noção de vulnerabilidade que permeia a construção de políticas públicas de saúde atualmente, surgiu a partir da temática da vulnerabilidade social, trabalhada nos anos 90 com foco na pobreza, tendo em vista conhecer as áreas da sociedade mais destituídas de provimento das necessidades básicas do que voltada à compreensão das determinantes desse processo de empobrecimento (MONTEIRO, 2011).

Alicerçada pela epidemia de Aids, essa discussão foi deslocada para o campo da saúde em uma perspectiva de superação da ideia de risco social, buscando ampliar a compreensão sobre o processo que leva aos agravos de saúde, deixando de lado o foco no individual e considerando os aspectos do contexto social do indivíduo como determinantes. Desta forma, a vulnerabilidade passa a ser compreendida, em seu complexo campo conceitual, por múltiplos condicionantes de diferentes naturezas (econômicos, culturais ou sociais), em que a vulnerabilidade não é inerente, mas determinada por condições e circunstâncias (MONTEIRO, 2011).

Apenas em 1984 ampliou-se o cuidado à mulher para além do período gestacional, com a criação do Programa de Assistência Integral em Saúde da Mulher (PAISM). Porém, a incorporação das relações de gênero e sexualidade só foram efetivamente inseridas nas políticas de saúde em 2004, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004; CARVALHO et al, 2013).

Em 2007 é lançado o Plano Integral de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras IST, que visa promover a saúde sexual e reprodutiva, por meio de ações intersetoriais para garantir o acesso a insumos, diagnóstico e tratamento para IST/HIV/Aids em todo o país. O plano surge em face aos dados epidemiológicos alarmantes notificados até junho de 2006, sobre os casos novos de HIV, que demonstrava a feminização do HIV pela diminuição sistemática da razão de número de casos, passando de 15,1 homens por mulher, em 1986, para 1,5 homens por mulher, em 2005 (BRASIL, 2007). Em 2017, o boletim epidemiológico demonstra que pouco mudou em relação aos dados de 2006, pois a razão de sexos para 2016, desconsiderando as gestantes, foi de 2,5 homens por mulher (BRASIL, 2017).

Mora e Monteiro (2013) ressaltam a indicação de estudos anteriores de que a invisibilidade das lésbicas em relação às IST/HIV/Aids está diretamente ligada à inexistência de instrumentos de vigilância capazes de registrar suas práticas sexuais como via de transmissão às ISTs. Apontamento reforçado pelo próprio boletim epidemiológico, que traz dados estratificados por orientação sexual apenas para o gênero masculino, ao se tratar das mulheres

o documento se refere apenas a gestantes, mulheres heterossexuais e usuárias de drogas injetáveis.

Assim, compreende-se que as lésbicas estão expostas ao risco de infecção por IST/HIV pela interligação de fatores individuais, sociais e programáticos. Ressalta-se que a invisibilidade desse grupo é em grande parte fruto do enfoque no discurso preventivo no risco à IST/HIV relacionado a práticas sexuais centradas no falo em contexto heterossexual e/ou homossexual masculino, negligenciando as diversas formas de expressão sexual, devido ao predomínio de representações cisheteronormativas na sociedade, fabricando a falsa percepção desse grupo como de baixo risco à infecção (MORA e MONTEIRO, 2013).

1.3. Construção da Política Nacional LGBTQI+

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, foi instituída pela Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), pela Resolução nº 2 de 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT, conhecer o percurso histórico de construção dessa política é essencial, pois é em seu bojo que foram construídos os protocolos de atendimento em saúde LGBTQI+ da última década.

O reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT são marcos dessa política, que possui diretrizes e objetivos voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais (BRASIL, 2013).

A formulação dessa política teve início em 2003 com o Programa *Brasil Sem Homofobia* (PBSH), coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), sendo uma das proposições do programa a criação de uma política nacional de saúde, que viria a ser a Política Integral de Saúde LGBT (CALDERARO, 2011; BRASIL, 2013).

A conquista de uma cadeira no Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2006, foi um dos primeiros passos nessa caminhada, por disputas internas em relação à representação no CNS entre integrantes do movimento LGBT, foi estabelecido em comum acordo a gestão compartilhada, em que cada grupo assumiria a titularidade por um ano (CALDERARO, 2011).

No mesmo ano, é publicada a *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*, que aponta os direitos e deveres dos usuários contidos na legislação do SUS, é nessa oportunidade que entra em destaque o direito ao cuidado, tratamento e atendimento em saúde livre de discriminação por orientação sexual e/ou identidade de gênero, e garante o direito ao uso do nome social no

SUS, marco para o reconhecimento das necessidades de saúde da população travesti e transexual (CALDERARO, 2011; BRASIL, 2013).

Em 2007 acontece o *Seminário Nacional: Saúde da população GLBTT*, atividade proposta pelo CNS, em que surgiram as propostas contidas no texto preliminar da Política LGBT (CALDERARO, 2011). Apenas na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, a orientação sexual e a identidade de gênero são incluídas na análise das determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2013).

A Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República, realizou em 2008, a I Conferência Nacional LGBT, em que submeteu a debate os princípios da Política LGBT a partir de um documento norteador com a “intenção de legitimá-los como expressão das necessidades dos grupos LGBT em relação à saúde” (BRASIL, 2013). Essa publicação pode ser vista, de acordo com Calderaro (2011), como uma forma de estabelecer aos movimentos sociais LGBT as ações prioritárias, o que coloca em dúvida a efetividade de espaços de participação ao ter o governo como principal influência das políticas públicas.

Em 2009 ocorre a publicação do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNHD-3), e do Plano Nacional de Cidadania e Direitos Humanos LGBT, no mesmo ano foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT, no âmbito do CNS pela Resolução nº 410 de 12 de fevereiro de 2009, 9 meses após à instauração dessa comissão o CNS aprova, em unanimidade, a Política de Saúde Integral LGBT (CALDERARO, 2011; PERILLO et al, 2010).

No que se refere à saúde integral para as lésbicas, o texto da Política de Saúde Integral reconhece a invisibilidade política desse grupo nas ações de promoção e prevenção a aids por não serem consideradas como população vulnerável a risco de infecção. O documento destaca que a aproximação do movimento lésbico com a agenda do movimento feminista favoreceu a qualificação das discussões e visibilidade das demandas específicas do grupo (BRASIL, 2010; CALDERARO, 2011).

As ações propostas para a saúde integral das lésbicas é a prevenção de novos casos e ampliação do acesso ao tratamento qualificado para câncer ginecológico (colo uterino e mamas). Porém, a demanda por reprodução humana assistida, não foi contemplada, possivelmente pelo argumento governamental de custo elevado do procedimento. Por fim, são citadas as ações de prevenção a HIV/IST/Aids e hepatites virais (BRASIL, 2010).

As ações mais comuns presentes nas políticas de atenção a saúde voltadas para lésbicas, referem-se ao preconceito, discriminação, violência familiar/sexual/doméstica/institucional, câncer de mama e colo do útero, abuso de substâncias psicoativas e aquelas relacionadas a HIV/IST/Aids e hepatites virais (CALDERARO, 2011).

A fala abaixo apresenta a percepção de parte dos trabalhadores da saúde sobre a existência do risco de infecção pelo HIV no sexo lésbico e do impasse vivido na implementação da Política de Saúde LGBTQI+.

“[...] é engraçado que pouco se fala né, não é só o sexo com penetração que transmite o vírus do HIV, acho que as lésbicas nem tem noção disso, de que podem estar correndo esse risco. Eu atendi algumas lésbicas e pessoas transgênero no serviço, mas é necessário que a sociedade civil se organize e cobre esse atendimento. Se isso já está previsto no SUS, pelo Ministério da Saúde, não sei por que a gente ainda não se movimentou, na verdade até sei, muitas coisas ficam só no papel, o Brasil é um país cheio de políticas e poucas ações [...]” (Farmacêutico, 2021).

O interlocutor apresenta uma crítica à implementação de políticas públicas no país, demonstrando que a existência no papel não é o suficiente para que elas sejam executadas no cotidiano do serviço, apontando o Brasil como “um país cheio de políticas e poucas ações”. Interpretação do cotidiano corroborada pelos estudos citados nesta seção, que apontam a existência de diversos instrumentos, como os programas nacionais, seminários para discussão, políticas de saúde e documentos normativos, que apesar de serem conhecidos não são implementados em sua totalidade.

Este capítulo tem como objetivo, em um quadro geral, retratar o modelo de política pública que se busca atingir e parte das estruturas que embargam sua aplicação na realidade.

Para tanto, busco situar o leitor quanto à noção de políticas públicas, a partir do seu conceito até a forma como é percebida e executada pelos atores envolvidos na realidade do SUS, denotando a fragilidade do campo conceitual frente à força dos atores responsáveis por torná-lo aplicável ou não no cotidiano das atividades de gestão e assistência em saúde.

Em um segundo momento busco historicizar e mostrar ao leitor o caminho percorrido para possibilitar a criação de políticas públicas de gênero e para mulheres, tendo em vista despertar a noção sobre os percalços enfrentados e das estruturas que frustram esses esforços na sua materialização social em completude.

Por fim, apresento o processo de construção da Política de Saúde LGBTQI+, a partir dos marcos sociais que possibilitaram a existência de espaços para mobilização e discussão da temática até que chegasse ao momento de sua validação enquanto política de saúde, apontando o lugar que a saúde lésbica ocupa, sendo este mínimo para as necessidades da população.

Fundamentada pela compreensão desses eixos, é possível ter uma visão macro mais clara do que busco discutir nesta dissertação, que dará suporte para adentrar os próximos capítulos conforme as microrrelações são apresentadas para aprofundar o debate que me proponho.

CAPÍTULO II – Desafios para a efetivação de políticas públicas em saúde sexual: moralização da epidemia e modelo preventivo

“A situação descrita a seguir ocorreu durante o curso de atualização do protocolo municipal de sífilis de Cuiabá, no auditório do Instituto de Computação da UFMT, no momento de discussão dos casos encenados na atividade de simulação realística em saúde. Estava sendo discutido os aspectos jurídicos da abordagem com o usuário menor de idade na área de saúde. Algumas enfermeiras começaram a relatar casos em que elas se viram em dúvida sobre como agir. Um desses casos foi explicitado por uma enfermeira que se levantou para falar, ela relatou que atendeu uma usuária menor de idade para realização de teste rápido, mas que ao descobrir que ela era lésbica não julgou necessário acionar a ginecologista para participar do caso e realizar exame ginecológico específico, pois como ela era lésbica não havia sexo com penetração e assim não haveria risco de infecção. Após esse relato houve mais alguns, era um momento aberto para o público falar, ao fim a palavra retornou à mesa que respondia as colocações. Pedi a palavra para comentar sobre esse caso, disse que situações como a que a colega passou eram comuns e que compreendia o posicionamento dela, pontuei que o fato de a usuária ser lésbica não a protegia de outras IST, que apesar do risco de transmissão do HIV ser muito maior quando há penetração existem outras IST com alto risco de transmissão sem penetração, como o HPV, e que o sexo sem penetração não era o suficiente para descartar as outras possibilidades. Nesse momento fui interrompida pela profissional que buscava meios de justificar a conduta, disse que não estava dizendo aquilo para expô-la, mas usando a situação como exemplo para os outros profissionais se atentarem aos cuidados de saúde da lésbica. Percebi na profissional uma real tranquilidade e entendimento de que o sexo sem penetração não trazia riscos à saúde da mulher, que apenas por relatar ser lésbica já pressupôs as práticas sexuais realizadas por ela. Percebo como as práticas sexuais tem centralidade no pênis para os profissionais da saúde, e que no contexto das IST o HIV é utilizado como padrão e referência para as condutas, pois ao determinar se há risco ou não na prática os profissionais recorrem à literatura que existe sobre HIV, desconsiderando de forma inconsciente as outras IST, digo ser inconsciente porque quando apontadas as outras possibilidades de risco para outras IST de acordo com a prática sexual os profissionais percebem e concordam com a existência de risco.” (Diário de campo, 2019).

Em 2019, foi realizado o evento “*Atualização do Protocolo Municipal de Sífilis de Cuiabá: Prática Baseada em Evidência*”, organizado pelo SAE, Secretaria Municipal de Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller e participação da Secretaria Estadual de Saúde. O evento teve como público-alvo os enfermeiros da rede de atenção primária à saúde de Cuiabá, pois sempre que necessário o Ministério da Saúde publica atualizações no manejo de agravos de acordo com as evidências científicas que surgem através de pesquisas que possam facilitar o atendimento profissional e reduzir o índice de infecção.

É importante situar o leitor que atividades de educação continuada sobre IST/HIV/Aids com os profissionais da rede de saúde de Cuiabá não são comuns, tratar dessa temática ainda é um grande desafio, tanto para os gestores quanto para os profissionais de saúde que estão diretamente na assistência ao usuário. Anterior a essa atividade de capacitação houve outra em 2017, na qual também participei na função de organizadora durante meu período como residente

do HUIJM, ano em que foi lançado o 1º Protocolo Municipal de Sífilis de Cuiabá, primeiro instrumento normatizado para atender às especificidades da rede de saúde do município.

O evento de 2019 foi organizado para ocorrer durante três dias, em período integral, com três oficinas temáticas em que os participantes passariam no decorrer do evento, buscando manter um limite de cerca de 30 participantes por aula em cada sala. Os temas de cada oficina foram pensados a partir das dúvidas que chegavam ao SAE advindas de profissionais das unidades básicas de saúde sobre a abordagem da sífilis, foram os temas: (a) Manejo da Sífilis na Atenção Básica, em que o objetivo foi repassar aos profissionais as mudanças no protocolo de atendimento e esclarecer dúvidas preexistentes; (b) Aspectos jurídicos, em que seria discutida a legalidade da realização de procedimentos pela enfermagem e sua responsabilidade legal sobre o manejo com os usuários; (c) Sífilis: gênero e sexualidade, esta última foi pensada pela visível dificuldade que os profissionais tem em compreender a relação entre o agravo e as questões de gênero e sexualidade, de forma livre de pressupostos estigmatizantes.

O trecho extraído do diário de campo, demonstra o imaginário no campo do cotidiano de profissionais de saúde, que de forma direta ou indireta (não)contribuem para a efetivação de políticas públicas voltadas a populações específicas, como as lésbicas. Porém, esse cenário não surgiu por acaso, foi construído em séculos da estruturação do que veio a se tornar a área da saúde e seu modelo preventivo.

Para melhor compreender essa perspectiva este capítulo está organizado em três partes: 1. *Moralização da epidemia de HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis*, que busca descrever o processo de moralização da epidemia pela saúde pública, baseada em produções científicas que tratam da história da epidemia no país e da construção do modelo preventivo na saúde sexual e reprodutiva; 2. *Apagamento dos direitos sexuais e reprodutivos de lésbicas*, que almeja refletir sobre o processo de apagamento desses direitos e formas de resistência; 3. *Movimento lésbico brasileiro*, tem o intuito de apresentar o percurso histórico do movimento lésbico e suas influências no período da epidemia de HIV/Aids.

2.1. Moralização da epidemia de HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis

A narrativa criada pela saúde pública no início da epidemia de Aids, favoreceu a associação entre a doença e homossexuais masculinos, com enfoque na construção de um discurso preventivo que marginalizava as relações sexuais e afetivas que fugiam ao padrão cisheteronormativo.

Os estudos sobre a história da epidemia permitem identificar o nascimento do dispositivo da moralização de práticas sexuais, descrito por Nestor Perlongher (1987), como

um dos responsáveis pela atual situação de saúde sexual do país, com aumento alarmante de número de casos novos de infecção pelo HIV, principalmente entre jovens, populações-chave e mulheres.

A epidemia de Aids pode ser dividida em três principais fases que por serem tão distintas podem ser classificadas como três diferentes epidemias, conforme dito por Jonathan Mann em seu discurso no Fórum Mundial da Saúde de 1987, na época diretor do programa especial de Aids da OMS: (i) a epidemia da infecção pelo HIV, que adentra e se espalha na comunidade de forma despercebida; (ii) a epidemia de Aids, quando a síndrome se instala e o adoecimento torna-se visível; (iii) a epidemia de reações sociais, culturais, econômicas e políticas à Aids, essenciais para compreender a forma como discursos produzem a (não) saúde (WHF, 1987; DANIEL e PARKER, 2018).

As distorções sobre o que é Aids, quem ela atinge e como, contribuem na modelação das políticas de saúde pública destinadas ao combate desse agravo, tendo como base o preconceito, discriminações e violência contra populações específicas em situação de vulnerabilidade e à margem da saúde pública.

Para pensar a campanha de moralização das práticas sexuais podemos utilizar as obras de Perlongher (1987) e Foucault (2011) Inicialmente vamos lembrar a hipótese repressiva, criticada por Foucault, que surgiu a partir de uma ofensiva de direita com a noção de que a manifestação da doença viria de uma condenação divina e teria o indicativo de confinamento de homossexuais para purificação da alma, perspectiva insuficiente para explicar o investimento da saúde pública na estratégia de moralização (PERLONGHER, 1987).

Outra perspectiva utilizada, até nos estudos mais recentes da área de ciências da saúde, é a biologicista, de acordo com essa visão a fisiologia da transmissão do vírus, que ocorre sobretudo por via sexual, evoca como alternativa de prevenção a redução do número de parcerias sexuais para evitar a troca de fluidos corporais. Essa noção estimula a ideia de castidade e reforça a ilusão monogâmica. É importante destacar que tudo isso ocorre em um momento de tentativa social, se é que podemos dizer que houve uma tentativa, de aceitar relativamente a homossexualidade, em um processo de homogeneização do modelo gay à americana com uma tática progressista de modelização dos corpos e seus encontros (PERLONGHER, 1987).

Inicialmente o foco do discurso da saúde estava na homossexualidade masculina, utilizando a epidemiologia como referência para essa perspectiva, tendo em vista que os primeiros casos estavam relacionados a homens gays de classe média ou alta que circulavam

pelas principais capitais do país, Rio de Janeiro e São Paulo, mas também com histórico de viagens recentes a outros países.

Porém, essa perspectiva epidemiológica foi mudando conforme novos casos foram surgindo entre homens bissexuais, heterossexuais e de classe baixa. Assim, o imaginário social do “aidético” branco de classe alta, passou a ser ligado às prostitutas, prisioneiros, travestis, crianças de rua e drogaditos, construindo uma imagem da Aids associada a marginalidade e perigo (DANIEL e PARKER, 2018).

Esse processo evoca as noções de poluição de Mary Douglas, em sua obra *Pureza e Perigo*, as pessoas tentam influenciar o comportamento umas das outras e utilizam crenças para reforçar constrangimentos sociais, essa noção de poluição se relaciona à vida e ordem social. No domínio sexual as noções de perigo são a expressão de uma simetria ou hierarquia, a impureza implica uma relação sobre a ordem e a desordem (DOUGLAS, 2010).

A impureza remete a qualquer coisa que está fora do seu lugar, o que parte da ideia de que há um lugar para todas as coisas, há um sistema. A impureza é um subproduto de uma organização e de uma classificação, na medida em que a ordenação dos corpos e sexualidades pressupõe que são elementos inapropriados, desviantes, que devem ser repelidos (DOUGLAS, 2010).

Essa dimensão do imaginário social da imagem da Aids pôde ser identificada durante meu campo, nos momentos em que funcionários comentavam após o atendimento de um caso novo de HIV “*nossa, tão bonito e passando por isso, ninguém ia imaginar*”, na ocasião em que o usuário era um homem branco bem-vestido, fala que reflete a surpresa em ver o HIV associado a alguém que atende aos padrões de beleza e “limpeza” social.

A noção de população-chave, implementada pelo Ministério da Saúde, aponta como participantes desse grupo aquelas pessoas que apresentam prevalências desproporcionais de infecção pelo HIV e sífilis, quando comparadas com a população geral e que tem suas vulnerabilidades aumentadas por fatores estruturantes sociais, fazem parte desse grupo: gays e outros HSH, trabalhadoras do sexo, pessoas privadas de liberdade, pessoas que usam álcool e outras drogas e transexuais (BRASIL, 2018).

De acordo com Jonathan Mann (1993), a epidemia de HIV/Aids pode ser considerada o resultado de várias epidemias ocorrendo em concomitância mundialmente, afetando os segmentos sociais mais vulneráveis. As disparidades sociais e o cenário de pauperização do HIV demonstram um gargalo na resposta global à epidemia, as desigualdades sociais expressas na raça, classe, gênero e educação, são algumas das que explicam o processo de vulnerabilização à infecção.

“[...] assim, tinha paciente negro mas não era a maioria não...assim, percebi que era muito mais difícil tratar um paciente sem instrução, isso em qualquer patologia, mas ainda mais no HIV, do que tratar os pacientes que você via que tinha acesso a celular, internet, cultura, educação. Por exemplo, quando eu ia conversar com o paciente eu falava que ele ia tomar uma medicação, que o nome dela é dolutegravir, a pessoa já travava no nome da medicação [...] falava que o dolutegravir é mais interessante tomar de manhã, porque se tomar a noite pode ter insônia, a pessoa já falava ‘mas então nunca mais eu vou dormir?’, as pessoas tinham muito receio e muito medo, muita dificuldade em entender as coisas, isso refletia na adesão ao tratamento [...]” (Farmacêutico, 2021).

Se por um lado o trecho acima exemplifica a distorção entre o perfil de raça alvo de ações programáticas e o perfil com acesso à unidade de saúde, por outro demonstra a percepção de um profissional que atua na assistência direta a PVHIV, que aponta os empecilhos para adesão ao tratamento ocasionados pelas estruturas sociais que produzem a vulnerabilização em saúde, como o nível de escolaridade que está diretamente associado aos eixos de classe social, raça e gênero, que se traduzem na limitação de acesso à educação, cultura, lazer e tecnologias de informações que permitem a divulgação de orientações e oportunizam a educação em saúde sexual.

Essa associação da Aids à impureza, citada anteriormente, e por consequência às populações estigmatizadas, tem um grande efeito na formulação de políticas públicas em que o discurso preventivo é voltado para essas populações, se por um lado os dados epidemiológicos demonstram que a maior concentração de casos de HIV e outras IST estão nas populações chave, por outro também pode ser visto como uma perspectiva que reforça o ciclo de estigmatização ao colocar essas populações como principal alvo de um discurso higienista de controle dos corpos.

Apesar dos esforços de ativistas e acadêmicos a Aids ainda é associada a comportamentos e corpos desviantes, o estigma e a estigmatização atuam na intersecção entre cultura, poder e diferença, não apenas como fenômenos isolados, expressões de atitudes individuais ou valores culturais, mas essenciais para a constituição da vida social (PELÚCIO, 2007; GOFFMAN, 1988).

Durante a sua epidemia, a Aids é lançada como elemento para formulação de discursos, sendo a medicina a área que obteve maior sucesso em convencer a sociedade, dividindo as pessoas com HIV em “vítimas” (crianças, hemofílicos, mulheres heterossexuais...) e “pecadores” (homossexuais, travestis, michês...), promovendo a vigilância de práticas sexuais dissidentes com a orientação de evitar o “risco”, perspectiva que fundamenta o processo de culpabilização das pessoas com HIV (PELUCIO, 2007).

A medicina utilizou a noção de risco para implementar a disciplina sexual, focando no uso que o indivíduo faz do seu corpo, exigindo o protagonismo do sujeito na prevenção, ao evitar “comportamentos de risco” e manter seu autocontrole. A promoção à saúde se utiliza de “programas educativos” e “conscientização política” para inserir a ideia de necessidade de mudança de comportamento (PELUCIO, 2007).

O modelo preventivo é caracterizado por um conjunto de normas, parâmetros e diretrizes que permeiam a medicina moderna pautando a conduta para que os indivíduos evitem agravos em saúde, colocando-os como responsáveis pela prevenção, evocando a percepção dos fenômenos sociais como individuais, ou seja, o indivíduo é encarregado de administrar a própria saúde, enquanto o Estado sai de foco, porém se mantém como gestor principal (PELUCIO, 2007; SACHS, 1996).

2.2. Apagamento dos direitos sexuais e reprodutivos de lésbicas

Em comparação à mulher heterossexual, que também é invisibilizada como sujeito vulnerável a IST, a lésbica é apagada tanto das práticas sexuais quanto do contexto social. Existe uma suposição de que a maioria das mulheres são heterossexuais de modo inato, ideia que subsidia o apagamento da existência lésbica da história ou a sua ocorrência como algo excepcional, “acidental”, negando a possibilidade do “ser” lésbica se tornar algo comum (RICH, 2010).

Isso ocorre em parte porque ao reconhecer que a heterossexualidade pode não ser uma preferência das mulheres, mas algo imposto por estruturas que perpetuam a dominação masculina, é também reconhecer que existe outra alternativa para as mulheres, que elas não estão “naturalmente” predispostas à heterossexualidade e podem experienciar a vida como lésbica (RICH, 2010).

O feminismo lésbico pensa as mulheres fora das relações heterossexuais, de acordo com Monique Wittig (1970) “as lésbicas não são mulheres” pela negação da heterossexualidade compulsória e seus significados. Esse pensamento é alicerçado pela crítica ao processo biológico de reprodução em que as categorias “homem” e “mulher” foram produzidas primeiramente como questão biológica e depois como construção social, a autora reflete sobre o que seria uma mulher fora do sistema de complementaridade dos sexos e da mulher como ser uno (LEMOS, 2019).

A função biológica e social da mulher como o ser responsável pelo gestar é o que a define socialmente, e demonstra como a base da opressão da mulher está enraizada no biológico. Ao pensar a mulher fora desse sistema heteronormativo, Wittig elabora que a

lesbianidade está para além das relações de sexo, colocando a mulher fora do alcance de homens e das reproduções impostas ao sexo e/ou gênero (WITTIG, 1970; LEMOS, 2019).

Em oposição a essa percepção as políticas públicas brasileiras são embasadas pelo ideal de corpo biológico, em que a mulher tem como função social a maternidade. A visão do sexo lésbico como preliminar do “sexo de verdade”, o heterossexual, exime as lésbicas do risco às IST por não ser considerado sexo, negando a sua existência sexual e como sujeita abjeta no campo inteligível da norma (BUTLER, 2003).

Gayle Rubin (1975), discute como o patriarcado e a reprodução são constituídas pelo sistema sexo/gênero, por uma organização de poder patriarcal que coloca a mulher disponível ao homem para o parentesco e reprodução, tendo em vista a ampliação do parentesco, uma articulação dualista entre a dádiva e o tabu do incesto que constitui o conceito de troca de mulheres (LEMOS, 2019).

A reflexão da lesbianidade enquanto movimento social e prática política, proposto no trabalho de Jules Falquet (2012), também aponta a inclusão da sexualidade como fator de opressão social em uma visão interseccional.

A relação entre a heterossexualidade compulsória e o capitalismo pode ser observada nas situações de segregação em serviços mal pagos, em que as mulheres são submetidas à sexualização no ambiente de trabalho. Para manter seu emprego, a mulher além de tolerar assédio sexual repetida vezes é ainda colocada em posição de reforçar a heterossexualidade cobrada socialmente, a lésbica não assumida é forçada a performar a feminilidade que se julga apropriada para uma mulher (MACKINNON, 1979).

O sistema moral que direciona o prazer e o sexo, conseqüentemente criando uma rede de significados, que contempla categorizações de gênero, orientação sexual e escolha de parceiros, que ultrapassa o âmbito privado das relações e se constitui como construção política com potencial transgressor da norma heterossexual (HEILBORN, 1999; LEMOS, 2019).

O processo que coloca a lésbica em posição de vulnerabilidade está presente estruturalmente no contexto sócio-histórico permeado pelo machismo, racismo e lgbtfobia, sendo uma das determinantes nesse processo a violência. De acordo com Lorenzo (2012), a lesbofobia se expressa a partir de quatro elementos: 1) não aceitação da diferença e a sua construção como desigualdade, 2) desumanização das lésbicas, 3) a exclusão, 4) a violência. Elementos construídos com base na hierarquização sexual de um sistema binário e excludente.

A lesbofobia, termo designado para indicar a aversão às lésbicas e a desvalorização de suas vidas, pela insubmissão à heterossexualidade compulsória, que se traduz em atitudes violentas, diretas ou indiretas, aplicados sobre esse grupo, em sua forma física vista mais

comumente em agressões e estupros corretivos, mas também uma violência que pode ocorrer de forma psicológica, institucional e/ou simbólica (PERES et al, 2018; RICH, 2010).

Para pensar sobre violência tomamos como referência a discussão acerca da violência simbólica, por Pierre Bourdieu, um conceito que pode ser utilizado para amparar discussões sobre a diferença da violência entre a homossexualidade masculina e feminina.

Para Bourdieu (1999) a violência simbólica está associada à dominação simbólica a que as pessoas são submetidas, como nos domínios da raça, classe e gênero, se tratando do branco, burguês e masculino, respectivamente (VALADÃO e GOMES, 2011). A perpetuação da violência seria uma das formas de silenciamento e apagamento da lésbica, que por medo da violência não revela sua orientação sexual e/ou não desenvolve sua voz social.

Tomamos como foco a violência simbólica, que pode ser entendida como aquela que é branda ou invisível, porém, ressaltamos que o uso do conceito de violência simbólica não busca minimizar ou esquecer o papel da violência física, nem com a intenção de colocá-las em oposição (BOURDIEU, 1999; BOURDIEU, 2003).

Observando a invisibilidade da lesbianidade, identificamos o estabelecimento da opressão como reflexo da negação da existência pública legitimada, sofrendo estigmatização que só é perceptível quando o movimento social reivindica seus direitos, buscando atingir a visibilidade (VALADÃO e GOMES, 2011).

Partindo das reflexões de Orlandi (2007), o silenciamento das mulheres é produção da opressão masculina, uma forma de violência simbólica, pois no discurso o sujeito e o sentido se constituem simultaneamente, ao silenciar as mulheres a sociedade proíbe que ela ocupe lugares e posições do sujeito, a sua identidade é afetada enquanto sujeito-do-discurso, pois a identidade resulta de processos de identificação em que o sujeito deve se inserir em um discurso.

Essa relação de dominação masculina e silenciamento são evidentes ao se tratar da sexualidade da mulher, que se agrava ainda mais ao considerar os eixos de articulação em que a mulher pode estar circunscrita, como raça e classe. A lésbica está inscrita em um processo de silenciamento ainda maior, pois a ela é negado não só o direito a fala, mas o não reconhecimento de sua existência.

A heterossexualidade compulsória atua mantendo a hierarquia sexual, que em posição de mais profunda desigualdade, estão as lésbicas negras, que passam por um duplo processo de apagamento, tanto pelo viés lesbofóbico quanto pelo racista. Tendo em vista viabilizar estudos que contemplem duas ou mais formas de subordinação, Kimberlé Crenshaw formula a noção de interseccionalidade, que permite a interação de eixos de subordinação que superam a ideia de simples sobreposição de opressões (PISCITELLI, 2008).

Me proponho a provocar uma reflexão sobre a vulnerabilidade a que as lésbicas estão expostas, partindo da interseccionalidade, considerando as hierarquias que se constituem na convergência entre os eixos de gênero, raça e classe. Para tanto, é necessário entender as possibilidades das categorias de articulação, uma metáfora para indicar a existência de conexões entre diferentes tipos de coisas, estas estariam conectadas, mas não haveria uma identidade entre elas, mas sim uma unidade formada que as relaciona por suas diferenças e semelhanças. Desvendar o mecanismo que conecta as coisas, e a natureza da relação entre as partes seria o fundamental para compreender a subordinação das mulheres de acordo com seu contexto social (PISCITELLI, 2008).

Carla Akotirene (2020) ressalta que a interseccionalidade possibilita a análise das estruturas colonialistas que atravessam os corpos e são estabilizadas pela matriz de opressão, sob a forma de identidade. A interseccionalidade abala o reducionismo da política de identidade, indicando as estruturas coloniais que se articulam para promover a vulnerabilização da identidade.

O conceito de “outsider within” (forasteira de dentro), trabalhado por Patricia Hill Collins (2016), aponta a impossibilidade da análise de dados que não seja interseccionada, tendo em vista que os campos de opressão são múltiplos e promovem conflitos de diferentes ordens, a interseccionalidade se configura como um pressuposto teórico e metodológico que permite compreender a construção lésbica enquanto *self*, mas também como sujeito coletivo (LEMOS, 2019).

O trauma da colonização na vivência das *mujeres de color*, a partir do pensamento de Anzaldúa (2005), propõe a reflexão sobre o conceito de identidade como algo em constante mudança, influenciadas pelos processos de colonização, fusão de culturas e fluxos migratórios (GOMES, 2019). Nesse contexto, a autodenominação de lésbicas não seria reduzida a apenas uma identificação, mas teria um sentido mais amplo, que contempla uma relação teórico-política que visa a ruptura com a heteronormatividade (GROSSI, 1998).

Apesar de Audre Lorde sugerir que “não existe hierarquia de opressão”, pois o sofrimento não pode ser hierarquizado, seu trabalho compilado em *Irmã Outsider*, demonstra os empecilhos para a revolução social da recusa em reconhecer a diferença, que torna impossível enxergar os diversos problemas e armadilhas que encaramos enquanto mulheres (LORDE, 2020). Perceber como somos interseccionadas por uma imensa gama de diferença possibilita identificar e reconhecer as necessidades de cada grupo e como eles podem complementar um todo com potencial transformador.

As hierarquias de valor sexual atuam da mesma maneira que os sistemas ideológicos do racismo e etnocentrismo, racionalizando o bem-estar do sexualmente privilegiado, aquele “bom”, “normal” e “natural”, o heterossexual, monogâmico, reprodutivo e não-comercial, em contraposição ao “mal”, “anormal”, “não natural”, o homossexual, fora do casamento, promíscuo, não-reprodutivo (RUBIN, 1988).

Dentre as estratégias de regulação, Sedgwick (2007) reflete sobre o “armário” como um dispositivo de regulação da vida de gays e lésbicas, em sua obra ela pontua que mesmo em um nível individual, as pessoas abertamente homossexuais estão no armário com alguém que seja pessoal, econômica ou institucionalmente importante para elas, seja um novo grupo de estudantes, um novo chefe ou um novo médico. Ao se pensar sobre o “armário” lésbico paralelamente ao “armário” gay, verificamos diferenças importantes que refletem a situação de desigualdade das mulheres mesmo quando comparada no mundo LGBTQI+.

Por exemplo, a lésbica não assumida precisa reforçar sua feminilidade de acordo com os padrões socialmente aceitos para manter o emprego, resistir a violência física, verbal, sexual e simbólica, assim como todas as pessoas da comunidade LGBTQI+, o trecho abaixo exemplifica a maior aceitabilidade de uma performance de gênero feminina sobre uma oposta ao atribuído no nascimento

“[...] Ao chegar no SAE, encontrei um grupo de funcionárias (4 mulheres) olhando algo na TV, fui até elas para saber o que era (curiosidade), era uma reportagem sobre um cachorro perdido. Assim que cheguei próximo a elas, uma das funcionárias, que trabalha na recepção e é uma das mais extrovertidas e sociáveis da unidade disse “olhaaaaa, como ela ta linda, uma moça”, comentário que foi seguido de aprovação das demais. Eu vestia uma calça jeans skinny azul, blusa preta de alça por dentro da calça e sapatilhas azuis [...]” (Diário de campo, 2020).

O episódio me levou a refletir sobre as representações de feminilidade dos profissionais do serviço, sobre como a feminilidade é lida socialmente, agrada e contenta as pessoas. Como costume me vestir de forma que evoca uma masculinidade (tênis e camisa), chegar ao serviço com outra vestimenta que evoca exatamente o contrário e ser recebida dessa forma me fez pensar sobre há quanto tempo a minha vestimenta é notada e de alguma forma não aprovada, pois só ao chegar evocando feminilidade que recebi qualquer elogio por aparência.

No momento em que ela fez esse elogio não consegui nem agradecer, pois ao mesmo tempo em que ela dizia isso me passava pela cabeça como essa postura é parte de um sistema maior de generificação e conformação com o gênero atribuído ao nascimento, situação que influencia a negação de acesso das lésbicas “mais masculinizadas” em serviços de saúde.

Além disso, em serviços de saúde a lésbica não é sequer considerada como possibilidade. É comum nas unidades, principalmente nas especializadas em IST/HIV/Aids, que a prática sexual homossexual masculina seja abertamente tratada durante o atendimento.

No entanto, práticas sexuais lésbicas são inteiramente desconhecidas e invisíveis, tanto para os profissionais de saúde quanto para a população em geral, como observado no trecho do diário de campo do início deste capítulo. Corroborando essa afirmação estão as campanhas de prevenção às IST promovidas pelo Ministério da Saúde, constantemente com foco no uso de preservativo masculino ou peniano, com algum destaque para os casais homossexuais masculinos.

Ademais, as estratégias de prevenção a nível nacional não contemplam as práticas sexuais de lésbicas, que por fim são forçadas a “adaptar” insumos de prevenção, como por exemplo, cortar o preservativo masculino ou feminino em forma retangular para criar uma barreira de proteção no sexo oral.

A existência lésbica, termo que sugere tanto a presença histórica de lésbicas quanto a criação contínua de significado para essa mesma existência, surge com um alcance mais abrangente para identificar essas mulheres. O continuum lésbico inclui uma gama de experiências de identificação da mulher, não apenas no contexto sexual, mas de forma a ampliar a compreensão sobre a história e psicologia feminina, rompendo a concepção de heterossexualidade inata e rejeitando esse modo compulsório de vida (PISCITELLI, 2008).

O continuum lésbico é uma categoria invisibilizada pela heterossexualidade compulsória, justamente pelo fato de subverter as relações impostas pelo patriarcado, tenta ocultar que outro caminho é possível, a partir da potencialidade das relações de união entre as mulheres. Pensar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é levar em consideração a vivência plena da sexualidade e compreender a saúde da lésbica como um dispositivo que perpassa correlações de forças da hierarquia saber-poder, que moldam e guiam as políticas públicas, assim como toda a sociedade.

O primeiro trecho do diário de campo dessa seção aponta uma postura comum em serviços de saúde, colocar a lésbica em um lugar de ausência de riscos em saúde sexual pela sua prática com outras mulheres, reforçando o ideal preconcebido que atinge tanto os profissionais de saúde quanto as usuárias de não risco no sexo entre mulheres, colocando-as em situação de vulnerabilidade ao não oferecer informações, insumos de prevenção que possam ser adaptados à necessidade das lésbicas ou até mesmo um atendimento assistencial completo (com exame físico/ginecológico, solicitação de exames), como rotineiramente é realizado com mulheres que relatam estar em relações heterossexuais.

Conforme citado no capítulo I, a noção de vulnerabilidade a que nos referimos está alicerçada pela epidemia de Aids, de forma que a vulnerabilidade passa a ser compreendida, em seu complexo campo conceitual, por múltiplos condicionantes de diferentes naturezas (econômicos, culturais ou sociais), em que a vulnerabilidade não é inerente, mas determinada por condições e circunstâncias (MONTEIRO, 2011).

A noção da categoria mulher que busca refletir sobre seus processos locais e contextos específicos ainda está distante da realidade do sistema de saúde, que continua a negar as diversas possibilidades do ser mulher, seguindo obstinado a classificar e enquadrar as mulheres no padrão social cisheteronormativo, codificando as condutas da área da saúde para um modelo hegemônico, negligenciando e atuando como determinante no processo de vulnerabilização de lésbicas no campo da saúde.

A pressuposição da heterossexualidade das mulheres que buscam cuidados em saúde configura outra razão para a situação de vulnerabilidade que as lésbicas se encontram, partindo da reflexão do discurso preventivo da saúde como campo em que se constitui o controle da (homo)sexualidade (CARVALHO, 2013).

Cabe ainda refletir sobre o enfoque no risco de infecção às ISTs da maioria dos estudos sobre saúde lésbica, com uma importante ausência de discussão acerca dos processos sociais que atravessam a vivência lésbica e colocam essas mulheres em situação de risco, bem como o papel do feminismo na (não) produção de saúde para lésbicas.

Porém, é importante lembrar que ao compreendermos a vulnerabilidade social como resultado de um processo constituído por diferentes determinantes inseridas em um contexto histórico-social implica na possibilidade de minimizar ou reverter esse quadro, deslocando a noção de vulnerabilidade como algo que recai sobre as lésbicas, abrindo o debate para uma perspectiva com múltiplas possibilidades de mudança por meio da resistência aos processos sociais que conduziram essa população à atual situação de vulnerabilidade.

As lésbicas são comumente negligenciadas no que se refere aos cuidados em saúde, pois estão em situação de não-inteligibilidade pela sociedade e pelos profissionais de saúde, fator que resulta na ampliação da vulnerabilidade desse grupo que ao buscar o serviço de saúde não são orientadas ou inadequadamente orientadas, para o exercício da sua sexualidade de forma autônoma e segura (CARVALHO et al., 2013).

Em contraposição à falsa percepção de que no sexo entre mulheres não há risco, verificada na fala da profissional de enfermagem citada no trecho do diário de campo, ainda que a literatura atual aponte que o risco de transmissão sexual de IST/HIV seja maior na prática sexual penetrativa peniana, estudos recentes, indicam que o contato sexual entre lésbicas pode

transmitir, entre outras IST, o Vírus do Papiloma Humano (HPV), tricomoníase, herpes genital e sífilis, além do HIV, que teve seu primeiro caso confirmado (por meio de contato sexual entre lésbicas) em março de 2014, pelo U.S Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (TAT, MARRAZZO e GRAHAM, 2015; CHAN et al., 2014).

2.3. Movimento lésbico brasileiro

Há uma forte influência da segunda onda do feminismo na organização dos movimentos sociais lésbicos, nesse momento se questionava a norma heterossexual e se difundiam os debates sobre o corpo, a sexualidade e os direitos sexuais, a problematização das tecnologias de produção do sexo e da normativa heterossexual fomentaram a articulação de organizações lésbicas na América Latina, ocorre a desconstrução do conceito de “mulher” como categoria unívoca e homogênea (LINO, 2019; WITTIG, 1980; ALVES e PITANGUY, 1991; SOARES e COSTA, 2012).

A existência de uma hierarquização de bandeiras políticas, como denominado pelo movimento feminista lésbico, sobrepunha as demandas de um grupo sobre o outro, deixando questões como as ligadas às lesbianidades fora da pauta principal de reivindicações, situação que levou as lésbicas a buscar espaço para manifestação de demandas específicas do grupo (TAVARES, 2011; LINO, 2019).

A década de 90 traz uma expansão de grupos lésbico-feminista com maior força política e articulações brasileiras com grupos exclusivamente de lésbicas, isso ocorre em concomitância do surgimento das organizações homossexuais nos Estados Unidos da América (EUA) sob influência da mobilização da Revolta de Stonewall, em 1969. Apesar da repercussão positiva desse momento histórico para a mobilização social, a perspectiva machista dentro do movimento LGBT dificulta o diálogo com o movimento homossexual e o movimento feminista, pela sobreposição de demandas deixando as pautas lésbicas em segundo plano, o que provoca uma ruptura e o surgimento de movimentos lésbicos (LINO, 2019).

No Brasil, as primeiras organizações LGBT surgem na década de 70, a partir da coordenação de publicações em jornais, potencializados pela fundação do Grupo de Afirmação Homossexual – Grupo SOMOS, em 1978. Em um contexto marcado pela contracultura, ditadura militar e atividades de grupos de esquerda, o grupo SOMOS inicia sua trajetória marcado pela polarização entre “esquerda” e a “autonomia das lutas das minorias”, a homossexualidade era considerada como principal estratégia para transformação cultural, que

seria ponto de partida para os conflitos internos que viriam a ocorrer (LINO, 2019; LEMOS, 2019).

Na década de 80 surge em São Paulo o primeiro grupo lésbico chamado Grupo Lésbico-Feminista (LF), rebatizado de Grupo de Ação Lésbico-Feminista (GALF), após a ruptura com o SOMOS esse grupo passa a alternar entre aproximações e rupturas com o Movimento Feminista e Movimento LGBT, com a intenção de trazer luz às demandas ligadas à sexualidade (FACCHINI, 2003; LINO, 2019). Outros grupos do movimento homossexual, como o Grupo Gay da Bahia (GGB), tiveram influência da criação de articulações lésbicas, a exemplo o Grupo Lésbico da Bahia (GLB).

Um marco importante da luta lésbica brasileira é o levante no Ferro's Bar, protagonizado por lésbicas e grupos feministas, o bar era um ponto de encontro de lésbicas e circulação de material sobre direitos sexuais, legislação, cultura e poesia, sendo o principal deles o jornal "Chana com Chana", periódico organizado pelo LF e posteriormente pelo GALF. A proibição da circulação do jornal pelo próprio dono do bar foi o estopim para o levante, além das expulsões violentas e outras situações discriminatórias, em 19 de agosto de 1983 as militantes lésbicas se uniram a grupos feministas e LGBT resistindo à repressão policial, a atitude resultou na liberação da circulação do material e a data posteriormente foi lançada como Dia do Orgulho Lésbico (LESSA, 2007; LEMOS, 2019).

Apesar do surgimento de grupos lésbicos, sua potência política é alimentada pela luta por emancipação social, econômica, social e cultural em espaços como o SENALE – Seminário Nacional de Lésbicas, criado na década de 90, se tornou um marco por mobilizar organizações de todo o Brasil e pela instauração do Dia Nacional da Visibilidade Lésbica, 29 de agosto (LEMOS, 2019, FACCHINI, 2003).

Na década de 90 foram marcos para a saúde lésbica a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, no Cairo em 1994, e a Conferência Mundial sobre Mulheres, em Beijing no ano de 1995, ambas legitimaram a saúde sexual e reprodutiva como direito das cidadãs e dever do Estado, em concomitância a esse momento ocorria no Brasil a consolidação do então Programa Nacional de DST/Aids (FACCHINI, 2008; REDE DE SAÚDE FEMINISTA, 2008; ALVES, MOREIRA, PRADO, 2020).

Esse contexto de ampliação de acesso a espaços de discussão em saúde sexual favoreceu a articulação do Movimento Lésbico no âmbito governamental, foi no primeiro SENALE, evento que contou com o suporte do Ministério da Saúde por meio do Programa Nacional de

DST/Aids, que houve maior busca por visibilidade lésbica diante das IST, tornando a demanda por saúde e direitos sexuais uma das prioridades do movimento (ALMEIDA, 2009; ALVES, MOREIRA, PRADO, 2020).

O empenho no debate da saúde pelo Movimento Lésbico seguiu nos próximos quatro SENALE, que tiveram a saúde lésbica como tema central. Apesar disso, os apontamentos sobre a relação das lésbicas com as IST estavam limitados a profissionais do sexo. Em 2006 é lançada a cartilha “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde”, uma publicação que tratava de forma breve temas para lésbicas e mulheres bissexuais que contemplava questões como a descoberta da sexualidade, direitos, racismo, abuso de substâncias psicoativas, alimentação e saúde sexual e reprodutiva (ALVES et al, 2020; CALDERARO, 2011).

A abertura ao Movimento LGBT no campo de prevenção das IST/Aids foi essencial para que o Movimento Lésbico, que oscilava entre as relações com os Movimentos feminista e Movimento LGBT, construísse um sujeito político mais autônomo, mesmo que as políticas de prevenção em saúde estivessem voltadas à aids, a abertura à discussão possibilitou o desenvolvimento do discurso acerca de um “corpo lésbico”, que transpunha a lésbica da invisibilidade à vulnerabilidade em saúde (ALMEIDA, 2005; FACCHINI, 2009).

Ainda que a orientação e a prática sexual tenham sido reconhecidas como determinantes no cuidado em saúde, permanece como desafio a implementação de mudanças plausíveis a partir das questões levantadas pela pauta de saúde sexual do Movimento Lésbico.

Este capítulo tem o intuito de discorrer sobre construção do modelo preventivo da Aids, sua implicação na formulação de políticas de saúde sexual e promoção da invisibilidade sexual de lésbicas.

Inicialmente apresento a trajetória política e social que deram suporte à moralização da epidemia de Aids e produção do modelo preventivo, tendo em vista apontar sua influência na formação das políticas de saúde sexual e negação das lésbicas como sujeito dotado de sexualidade pela negação do sexo lésbico como sexo real, resultando na sua exclusão nas políticas que seguiram esse período.

Na segunda parte trago uma discussão teórica que subsidia a noção de apagamento lésbico, por meio da heterossexualidade compulsória, lesbofobia, violência simbólica e silenciamento, instrumentos utilizados pela sociedade tradicional e conservadora para negar a existência e excluir a lésbica da realidade social.

Por último, apresento marcos importantes na história do movimento lésbico brasileiro que fundamentaram a criação dos espaços de organização social das lésbicas e sua influência na formulação de políticas públicas de saúde específicas para a população.

A argumentação do capítulo exhibe a correlação entre a prática de saúde, baseada no modelo preventivo criada a partir da epidemia de Aids, no processo de invisibilidade em saúde sexual de lésbicas nas políticas de saúde que promove o cenário de vulnerabilização e o contraponto do movimento social organizado pelas lésbicas para lutar por seus direitos e garantir acesso à saúde.

CAPÍTULO III – Identidades, territorialidade e subjetividade: influências na implementação de políticas públicas

O SAE de Cuiabá, localizado no bairro Grande Terceiro, possui uma estrutura física precária, em atraso no ponto de vista tecnológico e com uma grande sobrecarga de usuários para um espaço reduzido. A unidade foi instalada em parte do prédio do Centro de Saúde do Grande Terceiro, porém sem manter ligação interna entre as unidades, dividindo apenas o estacionamento.

Figura 3 - SAE Grande Terceiro (2019).



Fonte: Imagem da autora (2019).

A unidade é um espaço central na caracterização da experiência da PVHIV e por consequência da experiência LGBTQI+, pela associação histórica iniciada pelo modelo

preventivo na epidemia de Aids. Apesar da orientação presente na política de saúde para descentralização da assistência na rede de atendimento, o SAE é um serviço que mantém um cuidado centralizado por alguns motivos, sendo alguns deles: a dificuldade do município em organizar a rede de atenção em saúde; o despreparo profissional para atendimento de IST na atenção básica; e o movimento criado por usuários em defesa da centralização do atendimento, tendo em vista a redução da exposição de sua identidade, enquanto PVHIV ou pessoa com outra IST, em outras unidades de saúde.

Situação que evoca o conceito de heterotopia do desvio de Foucault (2001), espaços em que conflitos e tensões se manifestam a partir das disputas em relações de poder, espaços em que os indivíduos com comportamentos desviantes em relação as normas são depositadas. Esse conceito permite pensar sobre unidades de saúde que a princípio oferecem acesso, mas que de forma velada reforçam a exclusão.

Neste capítulo me proponho a refletir sobre a construção de identidades dos atores envolvidos na implementação de políticas públicas (profissional de saúde, movimento social, PVHIV, etc), bem como a forma que a territorialidade e subjetividade são marcadas nesses espaços e como influenciam na modelação e efetivação de políticas de saúde para populações em situação de vulnerabilidade, dentre elas as lésbicas.

3.1. Identidade pessoal x identidade profissional: uma intersecção

No início de 2019, um dos projetos que estavam em andamento e eram liderados pelo SAE, se tratava da abertura de um novo SAE na regional norte da capital. O projeto contou com o apoio de um vereador de Cuiabá (o mesmo citado no capítulo I), que tem na regional norte a maior concentração de votos e apoiadores de sua carreira. Para além de apoio na Câmara Municipal o projeto precisava de recursos financeiros, materiais, humanos e organizacionais para sua execução.

A reunião retratada nos trechos do diário de campo presentes nesse capítulo, ocorreu em janeiro de 2020, na unidade do SAE Norte que estava em processo de reforma, que assim como o SAE Grande Terceiro estava sendo implantada a partir da divisão de espaço predial com uma unidade de saúde da atenção básica.

A convocação desse encontro pelo assessor do vereador citado, ocorreu pela existência de conflitos internos no SAE Grande Terceiro que ameaçavam o bom desempenho da campanha eleitoral daquele ano. A situação que se tornou o estopim para esse cenário de conflitos é descrita a seguir em trechos do diário de campo, colocados em sequência para melhor compreensão dos leitores:

“[...] por volta das 10h recebi uma ligação de uma das enfermeiras mais antigas do SAE, me retirei do salão em que estava acontecendo o evento e fui atender a ligação no térreo do prédio, ela ligou para dizer que o farmacêutico do SAE havia se recusado a dispensar medicação (dipirona) para uma paciente em situação de extrema dor física que estava na unidade. Ela relatou que mesmo estando em férias foi ao serviço para atender o filho de uma colega enfermeira que estava com suspeita de HIV, ao chegar na unidade ela disse ter visto essa paciente se contorcendo de dor na sala de espera e por isso a levou com urgência para atendimento com o médico da unidade, mas antes foi à farmácia pedir um comprimido de dipirona para aliviar a dor da paciente, a esse pedido o farmacêutico teria negado atendimento e informado que sem prescrição a medicação não seria liberada. Assim, ela teria passado a situação para o médico que de acordo com ela se recusou a prescrever a medicação por considerar que se a enfermagem não poderia pegar a medicação ele também não iria prescrever em apoio à categoria. A paciente teria sido encaminhada para internação por estar em suspeita de sepse. A enfermeira informou que ligou para a coordenadora do programa de IST/HIV/Aids do município e para o secretário adjunto de saúde, informando a situação e exigindo que providências fossem tomadas sobre a remoção do farmacêutico do serviço, e ainda entrou em contato com a líder de uma ONG de PVHIV para informar o acontecido [...]” (Diário de campo, 2020).

“[...] retornei para o salão do evento que seguiu mais tranquilo e produtivo até o seu fim, nesse período ouvi os áudios que a coordenadora do programa de IST/HIV/Aids tinha enviado no whatsapp, ela disse que tinha chamado o farmacêutico para conversar com ela na Secretaria Municipal de Saúde e queria saber o meu posicionamento sobre a situação, expliquei que antes de qualquer coisa eu precisava conversar pessoalmente com o farmacêutico para saber o lado dele da história e que gostaria que ela aguardasse esse momento para que então fosse decidido o que seria feito, ela concordou e ficou no aguardo da minha conversa com ele [...]” (Diário de campo, 2020).

“[...] após o almoço finalmente conversei com o farmacêutico, que me deu uma versão bem diferente da referida pela enfermeira, afirmando que foi uma situação em que ele apenas solicitou a prescrição do medicamento. Assim que saí da conversa com o farmacêutico encontrei o médico que ela havia dito que realizou o atendimento da paciente, ele disse que não havia prescrito a dipirona apenas porque não era a necessidade da paciente, e ainda falou sobre a importância do trabalho que estava sendo desenvolvido pelo farmacêutico elogiando a postura que ele estava adotando na implementação de medidas organizacionais na farmácia da unidade [...]” (Diário de campo, 2020).

“[...] uma coisa que chocou muito as pessoas foi exigir receita médica para uso de medicamentos, seja qual ele for, não só receita médica, mas qualquer prescrição de profissional habilitado, que poderia ser o enfermeiro, afinal o enfermeiro tem uma representação muito grande no SUS, tem várias atribuições e competências, mas muitas vezes ele tem medo ou não quer ou é despreparado para exercê-las, ou simplesmente é sobrecarregado, porque é um profissional muito exigido, muito cobrado. Mas ali (SAE) tinha uma equipe bem grande, dava para se fazer o trabalho, o problema é que tem algumas ‘estrelas’. Quando se falou que a farmácia não é um local para que se transite livremente lá dentro e se retire tudo que você quer da maneira que você quer, sem a prestação de conta e a devida análise e apresentação dessa prescrição, até porque não existe medicamento que seja inócuo, inofensivo, o medicamento por si só já é um material complexo [...]” (Farmacêutico, 2021).

“[...] quando eu cheguei lá querendo que o paciente pelo menos passasse pela farmácia isso foi visto com muito maus olhos, porque quem tinha maior acesso e queria trazer para si a responsabilidade, pela ausência do profissional farmacêutico em alguns momentos (horário de almoço ou por falta de profissionais), era a enfermagem. Se precisasse de algum medicamento que o médico prescreveu a enfermagem queria ir

lá na farmácia e pegar as medicações na prateleira, a gente falou ‘não, isso precisa mudar’, até porque a gente via que algumas coisas eram sem critério e um consumo desregrado. Muitas vezes o desejo do paciente em tomar um medicamento é o mesmo da sociedade em geral, que crê que todos os seus problemas podem ser resolvidos com uma pílula, um comprimido [...]” (Farmacêutico, 2021).

O primeiro trecho retratado no capítulo, traz a reflexão sobre as motivações para mobilização política realizada pela enfermeira ao entrar em contato com a coordenadora do programa municipal e com o secretário adjunto de saúde demandando a remoção do servidor farmacêutico em um período de horas entre a situação relatada por ela e sua mobilização. É importante destacar também, que tudo isso ocorreu antes mesmo de ser informada sobre a situação, enquanto chefia imediata da unidade no cargo de coordenação do serviço.

Essa atitude que pode ser vista como precipitada e imprudente faz pensar sobre sua origem, seria ela profissional ou pessoal?

Ressalto que a interlocutora em questão se trata de uma mulher cisgênera, branca, casada, heterossexual, pós-graduada, de classe alta, entre 55 e 65 anos de idade, que atua como enfermeira na mesma unidade desde sua inauguração em 1998.

As falas do farmacêutico e do médico que estavam envolvidos na situação contrastaram com a versão apresentada pela enfermeira, destaco que a solicitação de prescrição para dispensação de medicamentos é preconizada pelo Conselho Federal de Farmácia e pelas normativas do Ministério da Saúde. O posicionamento da enfermeira pode ser interpretado a partir do ponto de vista de conflito geracional, discutido brevemente no capítulo I, pela forma que a atitude do farmacêutico (mais jovem e com menor tempo de atuação no serviço) desestruturava a hierarquia de saber-poder instituída no SAE ao longo dos anos.

A percepção da noção de posse, controle e poder, presentes no posicionamento da enfermeira, que está em uma posição de referência em Mato Grosso no cuidado a PVHIV e IST, coloca em reflexão o estabelecimento dessa hierarquia simbólica. Durante o campo foi possível perceber como a identidade do SAE enquanto território e serviço público é confundida e entrelaçada à identidade da enfermeira, exemplificado pelas situações em que boa parte dos usuários referenciados ao serviço eram orientados a se apresentar na recepção e perguntar pela enfermeira em questão, ao invés de buscar a unidade por uma referência formal do serviço.

Para interpretar o território Haesbaert (2002) indica as principais vertentes: a) território econômico, ênfase na dimensão espacial das relações econômicas; b) território político, um espaço delimitado e controlado em que se exerce algum domínio; c) território cultural ou simbólico-cultural, espaço dotado de identidade territorial que apreende significados

simbólicos e subjetivos; d) território natural, comportamento dos homens em relação ao ambiente físico (TERRA, 2019).

O território é produzido em simultaneidade por relações econômicas, políticas, culturais e de poder, construído socialmente a partir da territorialização, desterritorialização e reterritorialização (SAQUET, 2003; TERRA, 2019). Para Raffestin (1993) o espaço precede o território, são formados com base no trabalho e marcados por relações de poder.

A antropologia urbana, possibilita captar os arranjos e mecanismos dos atores sociais que não são visíveis a um olhar de fora, como cita Magnani (2002) e (2003), trabalhando por meio da etnografia em arranjos específicos. O conhecimento de múltiplas possibilidades de território presentes no espaço urbano permite visualizar o funcionamento dos aparatos de poder sugeridos por Foucault (1995) para compreender as formas de dominação e resistência.

Também é aberta a interpretação de que o conflito com o farmacêutico surgiu não só a partir da ameaça ao território e posição de poder simbólico da enfermeira, mas à sua própria identidade pessoal e profissional. A história e as identidades do SAE e da enfermeira se confundem, no âmbito da relação pessoal x público, é importante questionar até que ponto isso interfere na forma em que o serviço se desenvolve e as políticas públicas são ou não implementadas.

A memória tem papel essencial na construção da identidade, pois a representação de si é indissociável do sentimento de continuidade temporal, ou seja, o passado, o presente e o futuro são responsáveis por conferir continuidade e consistência ao indivíduo, em contextos classificados e que seguem uma lógica para o indivíduo e sua categorização social (MACHADO, 2003; HAVILAND et al, 1994; CANDAU, 1998). Talvez essa seja uma das possibilidades de análise para o comportamento dessa enfermeira, pois é a partir do seu autoconceito que o sujeito ordena sua trajetória e conforma sua identidade, por meio das representações de si e da idealização do eu, nesse caso em uma relação entre as identidades pessoal, profissional e social.

Para tentar compreender melhor a relação da identidade pessoal com o serviço público, me apoio em Machado (2003), ao apontar que a identidade em nível pessoal orienta a ação individual, já no plano social as identidades dentro de um ou vários grupos direcionam os movimentos em uma ação grupal. No âmbito organizacional o trabalho exerce um impacto sobre a conformação da identidade, a identidade no trabalho pode ser interpretada também como uma ramificação da identidade nas organizações. Ao abordar a identidade em território organizacional é preciso articular a identidade em seus diversos planos, o pessoal, o social e o organizacional.

É interessante refletir sobre essa articulação de identidades também na minha construção enquanto sujeito, partindo da percepção de que o meu histórico acadêmico e outras experiências pessoais relacionadas à militância e lesbianidade foram determinantes para a existência dessa dissertação, o eu enfermeira provavelmente não seria capaz de enxergar essa teia de significados pela formação conservadora na área da saúde, porém o eu lésbica foi essencial para identificar o outro lado, o da usuária lésbica de serviços de saúde com pouco ou nenhum acesso.

Observar a estruturação do território, os atores envolvidos e como a identidade pessoal de cada um está associada e influencia o funcionamento da unidade é fundamental para compreender como as microrrelações ocorrem no espaço do SAE.

3.2. Movimento social e a constituição do sujeito coletivo

As reivindicações populares que deram início às organizações de movimentos sociais na saúde ganharam força no Brasil no final da década de 70 com a Reforma Sanitária. De acordo com Labra (1988), a compreensão de qualquer política pública deve remeter ao caráter das relações Estado-sociedade.

Dentre os dilemas da prática política no Brasil, Stotz (1994) aponta a necessidade de pensar a natureza das políticas públicas pela forma que assumem para a maioria da população trabalhadora um caráter compensatório, não-preventivo, redistributivas, focais e não-universais. O autor chama atenção para uma preocupação na constituição de sujeitos coletivos mais universalistas, em que deve ser considerada a existência de um conflito social generalizado, em que o poder instituinte do Estado em suas normas e leis favoreceu o desenvolvimento de políticas públicas com um papel compensatório e de intervenção focal.

Os trechos abaixo, retirados do diário de campo, demonstram a (des)organização do movimento social de PVHIV no município e o caráter de personalidade em que as decisões são tomadas, bem como o uso de relações pessoais com membros da estrutura de justiça pública para fazer valer a voz de determinadas pessoas.

“[...] ela iniciou a fala, visivelmente alterada emocionalmente, dizendo que não estava gostando nada do que estava acontecendo, que eu não estava conduzindo o SAE de forma correta, que estava deixando as pessoas sofrerem na mão do farmacêutico por pura maldade, disse que pra ela não custaria nada e que estava muito disposta a retornar (dando a entender que seria oficialmente) ao movimento social e que chamaria a televisão e faria denúncias no ministério público, sobre a gestão do SAE, disse ser muito próxima de um promotor da área de saúde do Ministério Público Estadual e que já tinha um processo para entregar a ele[...]” (Diário de campo, 2020).

“[...] expliquei que não havia nenhuma evidência do que a enfermeira havia dito sobre a recusa de dispensa de medicação pelo farmacêutico sem justificativa, afirmei que não colocaria o farmacêutico à disposição para remanejamento sem evidência de má conduta, baseada apenas na fala de uma funcionária. Prossegui explicando que as

mudanças que o farmacêutico estava propondo estavam de acordo com as normativas do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Farmácia, que eram mudanças que o SAE precisava[...]" (Diário de campo, 2020).

"[...] por fim, a enfermeira perguntou se a líder da ONG queria dizer algo, ela respondeu que não, durante toda a reunião esteve quieta e segurando alguns papéis, a ex líder de uma ONG e no momento funcionária do SAE entrou na conversa, como se estivesse deliberando com a atual líder, se enviaria a denúncia para o promotor próximo a elas, a líder atual disse que era melhor esperar o resultado da reunião, dando a entender que esperavam que eu fizesse o que elas queriam em relação ao farmacêutico e caso contrário a denúncia seria entregue, uma forma de chantagem[...]" (Diário de campo, 2020).

A atual líder de ONG para PVHIV a que me refiro no diário de campo, é uma mulher cisgênera, solteira, heterossexual, parda, de classe social baixa, entre 50 e 60 anos de idade, de baixa escolaridade, uma das primeiras usuárias cadastradas para atendimento no SAE Grande Terceiro. A ex-integrante do movimento que na época atuava como profissional de nível médio no SAE Grande Terceiro, é uma mulher cisgênera, heterossexual, solteira, branca, de classe social baixa, entre 45 e 55 anos, com nível superior finalizado no período da pesquisa, também uma das primeiras usuárias cadastradas na unidade.

Ressalto que no momento da coleta de dados a ONG a que me refiro não possuía cadastro de CNPJ em Mato Grosso, estrutura física e recursos humanos ou até mesmo outras PVHIV que atuavam de forma contínua e participativa.

A questão do despreparo da referida ONG e suas lideranças é apresentada também pela dificuldade em compreender a parte técnica da gestão de recursos no SUS. Além disso, o favorecimento de lideranças pelas relações pessoais que possuem com servidores e sua influência na política municipal são percebidas por alguns servidores da unidade e apontadas como uma das problemáticas que impedem o bom funcionamento do processo de trabalho.

"[...] se você for falar sobre o SAE, poucas pessoas ou quase nenhuma tem noção do que é gerenciar um recurso, em termos materiais e financeiros, as pessoas vão utilizando e algumas vezes de forma até irracional, mas dá muito trabalho fazer chegar um comprimido de dipirona ali na prateleira, que às vezes ninguém dá importância 'ah tá pago é nosso', mas aí de repente acaba e para repor não é tão fácil" (Farmacêutico, 2021).

"[...] existe muita política envolvida, muito favorecimento pessoal, dentro ali do núcleo dos pacientes foi possível observar que existe uma realeza, os amigos da realeza, um alto clero ali e a plebe, que luta em uma fila de medicamentos, uma fila de exames, sempre tem algum ali que passa na frente. Ali (SAE) é um universo a parte, uma interferência muito pequena da secretaria de saúde, um serviço mais regulado por si mesmo, muita coisa acontece ali na marginalidade [...]" (Farmacêutico, 2021).

A percepção do farmacêutico do SAE como um serviço autorregulado, em que “muita coisa acontece ali na marginalidade”, suscita a reflexão sobre a razão para a pouca interferência do Estado nessa unidade. Pela minha posição de gestora in loco que transitava também em algumas vezes no papel de enfermeira assistencial, tive a oportunidade de observar como questões básicas como o requerimento de mobiliário e de manutenção predial eram mais difíceis de ter sucesso no SAE do que em qualquer outra unidade municipal, porém a busca por atendimento em sigilo, às vezes até em horário fora do expediente, de familiares, amigos, companheiros e das pessoas que atuavam na gestão era relativamente grande.

Em determinado momento, durante uma conversa informal com enfermeiras e psicólogas do serviço, surgiu a reflexão de que a identidade profissional de alguns usuários estava vinculada ao serviço público municipal, e que era de interesse dessas pessoas, algumas com proximidade de cargos em alto escalão e de outros setores do poder público de Mato Grosso, que o SAE continuasse à margem da rede de saúde, pois assim a identidade deles estaria um pouco mais protegida.

Além disso, mas também associado a isso, uma das grandes dificuldades para formação e manutenção de ONGs para PVHIV em Cuiabá, que seria um canal para reivindicação de direitos, está a necessidade dos usuários de proteger sua identidade pessoal. Presenciei a busca da líder de uma ONG em criar uma rede de contatos de PVHIV, porém a recusa em participar de reuniões, mesmo que privadas, era acompanhada da mesma resposta, o medo em se expor publicamente e os efeitos que isso poderia ter em sua vida pessoal, social e profissional.

“[...] a gente via que eles associavam a ida lá (SAE) a uma exposição dos seus segredos, o fato de ter que ir lá já era um pesar, porque antigamente a pessoa ia lá ficar uma hora na fila para pegar seu medicamento para trinta dias, começamos a dispensar para noventa dias para aqueles pacientes aderidos ao tratamento, para evitar o constrangimento de ir em um lugar que não tem estrutura necessária para proteger a identidade, para preservar esse status, infelizmente ainda é um status, já era a muito tempo e ainda é muito forte isso na sociedade [...]” (Farmacêutico, 2021).

“[...] é colocado na cabeça dos pacientes que tudo que ele precisa será realizado no SAE Cuiabá, isso acaba ferindo um dos princípios do SUS que é a descentralização, não adianta nada a gente lutar para ter várias unidades se elas não funcionarem efetivamente e acabar sacrificando o processo de cuidado pela falta de conscientização e organização da sociedade civil. Mas tudo isso tem que ser conversado e para isso as pessoas têm que querer e aparecer, aí entra de novo essa questão da insegurança e da exposição, por isso que às vezes favorece muito um pequeno grupo político que teve a coragem de se manifestar, mas que não representa a maioria e acaba representando seus próprios interesses [...]” (Farmacêutico, 2021).

Tendo em vista essa dificuldade, a líder atuava na grande maioria das vezes sozinha ou com ajuda de ex-integrantes do movimento social, como a outra interlocutora presente nos

trechos do diário de campo dessa seção. Situação que favorece a utilização da posição de liderança para implementar ações baseadas em noções pessoais e não por demanda coletiva e representativa.

Segundo Stotz (1994), os sujeitos coletivos se constituem na esfera política, a partir de processos de institucionalização da cidadania, em que a representação, a ausência ou a pouca efetividade dessa esfera causa impactos principalmente aos grupos mais pobres e mais desorganizados, tendência vista nos trechos acima que demonstram o pouco embasamento teórico para reivindicações, e o uso de artifícios sociais como as relações pessoais para favorecimento político.

As estruturas de ação dos movimentos sociais, de acordo com Durham (2006), estão na maioria das vezes associadas a estruturas “informais” e no sentimento de “comunitarismo”, com déficit nas estruturas “formais”, aquelas que apresentam organização por meio de pautas, atas e composição hierárquica de líderes.

Quando se pensa na forma que uma ONG se estabelece, uma das principais questões a ser abordada é a sua identidade organizacional, que apesar de parecer centrada na organização, somente pode ser explicada a partir do comportamento das pessoas que compõe a estrutura. A identidade pessoal desses indivíduos está ligada a uma construção individual do conceito de si e a identidade social a um conceito de si mas a partir da vinculação a outras pessoas e grupos sociais (MACHADO, 2003).

A busca pela unidade subjetiva individual tem como proposição a adoção de padrões comportamentais mais frequentes, direcionados a preencher as expectativas do outro sobre a conduta individual mesmo que às vezes isso contrarie a autodeterminação do sujeito (RICOEUR, 1990).

Ao analisarmos o SAE enquanto um território, é necessário compreender que todo território passa por um processo de construção, desconstrução e reconstrução, em uma complexa rede permeada por relações sociais de domínio, demarcação e posse.

Assim, as relações de poder e disputa que se configuram nesses espaços, mesmo que em diferentes escalas devem ser consideradas, nesse caso tendo em vista que sob o ponto de vista da dimensão simbólico-cultural, o território é visto como um produto da apropriação/valorização simbólica de um grupo em relação ao seu espaço vivido, como pode ser observado entre as interlocutoras desse capítulo, seja em posição de usuária/movimento social ou profissional de saúde (TERRA, 2019; TARTARUGA, 2005).

A desorganização do movimento de PVHIV pode ser comparada à desorganização e/ou desmobilização do movimento de lésbicas no município. O movimento de lésbicas em Mato

Grosso surge em 2004, representado pela Associação pela Liberdade Lésbica (LIBLES), de caráter não governamental e sem fins lucrativos que tinha como principais ações a prevenção a IST e o acesso aos direitos humanos para lésbicas e mulheres bissexuais. Assim como outras organizações no país, se mobiliza a partir da necessidade de discutir questões específicas para a população que não recebem atenção e foco suficiente quando inseridas em um grupo maior que contemple as diversas identidades da sigla LGBTQI+ (TEIXEIRA, 2011).

O estudo de Lopes e Silva (2015), reitera a noção apresentada anteriormente, da desmobilização dos movimentos LGBTQI+ em Cuiabá, ao apontar as dificuldades enfrentadas pelos membros das ONGs em manter uma estrutura mínima, com um cenário de déficit na formação e renovação do quadro das ONGs que por fim são marcadas pela figura do membro fundador, com uma centralidade e personalismo que imperam, situação que fomentou em alguns momentos o encerramento das atividades da maioria das ONGs da Baixada Cuiabana.

Esta desarticulação, tanto do movimento de PVHIV quanto de lésbicas, pode ser apontada como uma lacuna social de um instrumento político, que por sua ausência não pode ser utilizado para o fortalecimento das reivindicações de demandas para essas populações. Além disso, os movimentos sociais que atuariam com um papel de formação política, por sua desestruturação acaba por não possibilitar o preparo de novos agentes para transformação da situação social desses grupos.

3.3. PVHIV e outras identidades

A epidemia de Aids causou um forte impacto na autoimagem das PVHIV, tanto pelas transformações físicas provocadas pela doença quanto pelos holofotes voltados às práticas sexuais. Uma das alternativas que surgiram para essa população foi a transformação a partir do engajamento político em ONGs para PVHIV ou somente pela participação em encontros e eventos promovidos pela população.

Após o diagnóstico e adaptação à rotina da PVHIV, foi necessária a reconstrução da imagem individual, lidar com medos e incertezas, principalmente sobre a ideia de morte, além de aprender a sobreviver sob o estigma e discriminação não apenas pela orientação sexual, mas agora associado ao diagnóstico, tudo isso levou algumas pessoas a construírem uma “identidade da pessoa soropositiva”, formando novas subjetividades (PELUCIO, 2007).

O ativismo da Aids propiciou a construção e rearticulação de identidades utilizando-se das experiências subjetivas provocadas pela doença e pela sua politização, em contrapartida foram instituídas pelo Estado práticas regulatórias não só da sexualidade, como também de

comportamentos regulados pelo próprio movimento social. Os ativistas tornaram-se produtores de saber sobre a Aids e sobre o viver com Aids (PELUCIO, 2007).

Os trechos abaixo do diário de campo demonstram a identidade de ativista assumida pelas PVHIV em questão e seu caráter produtor de saber e autoridade sobre a temática, porém em um viés que busca o controle de território e evoca a ideia de posse sobre um serviço público.

“[...] ela iniciou outra parte do discurso dizendo que já lidava com isso a muito tempo, que muitas conquistas para as PVHIV ela estava à frente, disse ‘não sei se você sabe da minha história, mas eu era uma dondoca, nunca tinha trabalhado e em um momento da minha vida me deparei com HIV’, falou sobre o quanto ela sofreu e tudo que superou e que não construiu tudo isso para ser jogado fora agora[...]” (Diário de campo, 2020).

O momento a que se referem os trechos desta seção, foi de intenso conflito entre o movimento social LGBTQI+, predominantemente representado por homossexuais cisgênero, movimento da população travesti e transexual, movimento de PVHIV e coordenação do SAE Grande Terceiro, que eu estava ocupando. A fala logo abaixo é da ex-líder do movimento social que estava atuando como profissional de nível médio no SAE Grande Terceiro.

“[...]disse ainda que era contra ‘esse ambulatório trans’, que não queria isso dentro do SAE que ‘o SAE é de quem tem HIV’, ‘não tenho preconceito, não tenho nada contra’, mas que não queria que o ambulatório trans estivesse associado e realizasse atendimento no SAE[...]” (Diário de campo, 2020).

Para contextualizar os leitores sobre a problemática é preciso esclarecer a que “ambulatório trans” a interlocutora se refere. No segundo semestre de 2019, foi iniciado um projeto para implantação de um ambulatório para atendimento em média complexidade no processo transexualizador. Apesar de outras iniciativas como essa terem ocorrido anteriormente, nesta oportunidade foi possível avançar um pouco mais próximo da concretização dos planos.

Inicialmente essa nova tentativa surgiu a partir do evento “I Encontro de Promoção da Saúde da População LGBTI: 50 anos de luta por visibilidade”, ocorrido em junho de 2019, promovido pela Secretaria de Estado de Saúde e Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Estive como convidada no evento para compor uma mesa de discussão em que teria como contribuição falar sobre os avanços na implementação de protocolos assistenciais para PVHIV no município.

Nessa oportunidade tive contato com um colega, homem trans, que na época era doutorando na UFMT e estava no evento também como convidado, a partir das discussões iniciadas ali e nos encontros seguintes que tivemos começamos as articulações para essa nova

tentativa de implantação do ambulatório para população TT (travesti e transexual). Participaram dessa mobilização além de nós, a enfermeira do SAE citada nessa pesquisa, a UFMT representada por professores do Instituto de Saúde Coletiva e Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Secretaria de Estado de Saúde (SES/MT), Hospital Universitário Julio Muller (HUJM) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS/Cuiabá), representada por mim enquanto coordenadora do SAE e pela Coordenação do Programa Municipal de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, bem como representantes da população TT.

A implantação do ambulatório é guiada pela Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013, que institui e normatiza o Processo Transexualizador no SUS. É de preferência, de acordo com a portaria, que o serviço seja estabelecido em um hospital universitário, pela sua característica de comprometimento dos eixos ensino-pesquisa-extensão. Assim, a proposta foi apresentada ao HUJM que se mostrou aberto a negociações citando como principal obstáculo o déficit de profissionais de saúde no hospital para atendimento no ambulatório.

Desta forma, apresentei como proposta a cedência de parte da carga horária de duas psicólogas do SAE Grande Terceiro para atendimento no hospital, sendo a categoria de maior carência no hospital e de importância central para o ambulatório. O envolvimento do SAE de forma incisiva se deu pela necessidade do serviço em alcançar a população travesti e transexual para promoção da Profilaxia Pré Exposição Sexual ao HIV (PreP), estratégia criada pelo Ministério da Saúde e direcionada a populações-chave que estão em maior situação de vulnerabilidade ao risco de infecção pelo HIV por fatores políticos, sociais, culturais.

A fala abaixo demonstra o conhecimento que o profissional atuante no serviço tem sobre o perfil dos usuários atendidos e sua discrepância com o perfil de população em que é recomendado o enfoque das ações.

“[...] a predominância ali no SAE era de HSH (homens que fazem sexo com homens), mas sabendo do nível de risco o próprio serviço e secretaria não são proativos, porque existe a PreP e a gente sabia dentro do serviço que o público alvo era esse grupo menos instruído, com lacuna cultural e deficiência de recursos financeiros e que existe esse cenário de risco e de forma de prevenção, cabe a nós ir atrás desse paciente e não esperar que ele chegue até a gente, se a gente quer prevenir alguma coisa, porque é através do conhecimento que a gente vai empoderar essas pessoas, mas isso não ocorre no serviço [...] quem tinha muito mais acesso a essa prevenção eram as pessoas instruídas, que tinham maior nível de conhecimento, estudam em universidade federal e tudo mais, apesar de ser associado o risco e as pessoas terem uma boa leitura de quem são essas pessoas que tem maior risco, muito pouco se faz por elas. O serviço, por diversas questões, tanto políticas quanto estruturais, ficava sentado esperando e falando ‘olha, uma hora esse aqui vai aparecer aqui porque ele é de grande risco’, isso é muito ruim, ficar ali vendo que uma corda ta arrebatando e você esperar arrebatando. Quando a gente fala sobre fator de risco e prevenção o SAE Cuiabá não fica muito bem colocado [...] (Farmacêutico, 2021).

Para além disso, a fala também demonstra a inquietação do profissional de saúde que sabe o que deveria ser feito, tem conhecimento técnico para atuar, mas está limitado por estruturas macropolíticas que exercem poder sobre a realidade do funcionamento das ações em saúde do serviço.

Para tentar mudar esse cenário, entrei em contato com a responsável técnica para implementação da Política de Saúde LGBTI+ do Ministério da Saúde, a partir disso busquei o esclarecimento de dúvidas sobre o processo técnico de formalização para abertura do ambulatório, entre as alternativas citadas para acelerar esse processo e favorecer a aprovação do projeto estava o trabalho interligado entre ambulatório trans e SAE, pela divisão de trabalho e favorecimento do cumprimento de ações programáticas tanto do Processo Transexualizador quanto da Política de Cuidado Integral às PVHIV.

Sabendo das orientações sistemáticas sobre as vantagens de combinar as ações dos dois serviços, ambulatório trans e SAE, a fala da interlocutora “não tenho preconceito” e “o SAE é de quem tem HIV”, pode ser interpretada como transfobia e territorialidade, respectivamente, pela necessidade pessoal de ter controle sobre aquele espaço e de ser responsável por autorizar quem pode transitar ou não.

De acordo com Bornstein (2006), o termo transfobia evoca, entre outras coisas, o ódio contra quaisquer pessoas que estão nas fronteiras de gênero, gerando violência ou motivação para violência que pode abranger de comportamentos negativos (ódio, repulsa, indignação) a agressões físicas e assassinatos (LAMBLE, 2013; BETTCHER, 2013).

“[...] os politizados utilizam do argumento de que só quem pode opinar pela construção do serviço é quem tem o HIV, eu acho isso ridículo, quer dizer que pra eu ofertar um cuidado ou uma solução para o serviço eu tenho que ser infectado pelo vírus? [...]” (Farmacêutico, 2021).

Ambas as falas da PVHIV e do farmacêutico indicam o desejo da interlocutora e de um grupo específico de afastar a pessoa que não tem HIV e a figura da travesti e transexual do seu ambiente, do seu território, mesmo que seja de conhecimento dela enquanto ativista e PVHIV, o direcionamento das políticas de atenção a PVHIV para as populações-chave.

“[...] finalizei a minha fala dizendo que só estava fazendo o que estava dentro dos protocolos e normas do Ministério da Saúde, convidei a funcionária para ir à capacitação do ambulatório trans, pensando que não adiantava argumentar com ela ali[...]” (Diário de campo, 2020).

“[...] certa vez ela disse que tinha falado com um ex-líder de uma ONG LGBTI+ de Cuiabá que a ONG deveria cuidar do ‘povo dele’, em referência aos homens

homossexuais, por ser a maior população de usuários vinculados no SAE [...]” (Diário de campo, 2020).

A fala acima reitera essa ideia de posse e controle sobre o território que a interlocutora parece ter sobre o SAE, com uma delimitação clara de quais são as pessoas e identidades aceitas no serviço, e ainda, demonstra a cisão existente no movimento de PVHIV e movimento LGBTI+, em que o desvio deve ser afastado do centro das políticas públicas em saúde em detrimento daqueles que estão dentro da norma.

A invisibilidade das necessidades da população LGBTQI+, em especial a da população travesti e transexual tratada neste capítulo, pode ser analisada em paralelo à invisibilidade lésbica, pelo não reconhecimento e valorização dessas identidades, situação que se traduz no não acesso ou sua limitação aos serviços de saúde.

A situação ressalta a observação de Terra (2019), que indica o território como local de micropoderes, em que determinados grupos com a mesma identidade cultural, política e econômica estabelecem relações sociais projetadas no espaço que, por possuírem extrema flexibilidade, podem formar-se ou dissipar-se durante o tempo, como ocorre nas relações entre os movimentos LGBTI+, de PVHIV, feminista, dentre outros.

Essa dinâmica é também responsável por determinar o nível de acesso aos serviços de saúde que cada usuário tem de acordo com a sua posição e identidade social.

“[...] a gente vê que não é pra todo mundo do mesmo jeito, algumas pessoas tem mandado mensagem no whatsapp antigo da farmácia, mesmo eu tendo deixado uma mensagem automática falando que esse número não faz mais parte da unidade, falando que já tem meses que não conseguem tal atendimento na unidade, e eu tenho certeza que tem outras figurinhas conhecidas que não estão tendo essas dificuldades, esse acesso não é de maneira igualitária e universal, ele é diferenciado [...]” (Farmacêutico, 2021).

Refletir sobre essa noção de identidade, territorialidade e subjetividades em uma unidade de saúde pública é essencial porque a partir dela podemos identificar a correlação de forças e disputas por poder e território que acontecem naquele espaço. Situação que nos leva a ponderar o nível de acesso a saúde para os corpos e identidades desviantes, entre eles a lésbica, que tem até mesmo sua existência é negada.

Esta é uma discussão que pode ser deslocada para o campo da biogitimidade, pensado por Didier Fassin (2005) e (2010), um dispositivo de produção de direitos e acesso às políticas públicas, em que as análises podem partir de diferentes perspectivas que indicam a ênfase nos processos de patologização, medicalização ou biologização das experiências sociais como

determinantes na produção de políticas públicas e ações do Estado no que se refere à proteção e promoção de direitos e cidadania (MALUF, 2018).

Este dispositivo tem como efeito a extensão do domínio patológico para o campo das políticas sociais e do reconhecimento, em que a legitimidade de determinados grupos e suas demandas precisa ser garantida por uma especificidade biológica associada a doença, disfunção, transtorno, e à própria ideia de risco (MALUF, 2018).

Essa noção se aproxima da discussão proposta neste trabalho pela sistemática de associação das IST às populações-chave pela ideia de risco, mesmo que sejam considerados fatores sociais e estruturais, a partir de uma ênfase na lógica biologicista da transmissão de IST. É efeito dessa relação o maior alcance de legitimidade das demandas de PVHIV, apesar da manutenção de algum nível de invisibilidade desse grupo, nas políticas públicas de saúde. Em contraponto estão as demandas das lésbicas, que por não ter a existência e sexualidade reconhecidas não são vistas como sujeitos em risco, e, portanto, a legitimidade das demandas não é assumida.

O intuito desde capítulo foi apresentar uma parte das microrrelações que transformam o SAE em um espaço de disputas e conflitos, frustrando a possibilidade de implementação de políticas públicas com todo seu potencial, e que por fim favorece a exclusão velada de determinadas identidades, como as lésbicas.

Para tanto, utilizo a primeira parte do capítulo para discutir como a construção da identidade do profissional de saúde associada à identidade institucional de um serviço público pode ser desfavorável para a capacidade do serviço de implementar as ações básicas orientadas pelas políticas públicas.

Na segunda parte busco demonstrar a força do movimento social, tanto para conquistas de direitos quanto para refrear avanços significativos, principalmente pela sua desarticulação e centralização nos interesses pessoais do líder. E ainda, faço um paralelo entre as dificuldades enfrentadas pelas identidades marginalizadas mesmo em um espaço que deveria oferecer acesso justamente àqueles em maior vulnerabilidade, nesse caso a população travesti e transexual, e as lésbicas.

Por fim, discuto a associação entre a construção da identidade de PVHIV e lésbicas, suas implicações na luta e garantia de direitos, bem como a biolegitimidade enquanto dispositivo produtor de direitos e políticas públicas, assegurando legitimidade a grupos e demandas específicas, em que as lésbicas não são contempladas.

As três partes se relacionam alicerçadas à compreensão de que para visualizar as implicações criadas pelas microrrelações existentes no serviço, é necessário primeiro observar

como é construída a identidade dos atores envolvidos nessa rede de relações e como a subjetividade de cada um afeta a implementação ou não das políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, esta dissertação tinha como proposta a análise do atendimento em saúde sexual para lésbicas em um serviço de saúde especializado em IST/HIV/Aids de Cuiabá. Porém, ao me inserir no campo, foi gritante a ausência das lésbicas nesse serviço, não só enquanto usuárias, mas enquanto identidade a ser reconhecida pelos próprios profissionais de saúde como passíveis de risco de infecção.

Desta forma, foi necessário reorganizar meu planejamento de pesquisa, em que passei a me debruçar sobre as estruturas sociais que promovem o processo de vulnerabilização em saúde sexual das lésbicas, partindo das similaridades, mas também do contraste entre a vivência da PVHIV, da população LGBTQI+ e da lésbica, no que se refere ao acesso a saúde e implementação de políticas públicas específicas para cada grupo, considerando a interseção entre gênero, raça e classe social.

No primeiro capítulo, busquei estabelecer um cenário geral da proposta das políticas públicas, do seu conceito à forma como foi pensada a sua implementação, apontando a importância dos atores envolvidos, a nível local, nesse processo. Neste momento, são apresentados dados que refletem parte dos embates que ocorrem na unidade, como o conflito geracional e a hierarquia de saber-poder. Além disso, apresento ao leitor uma contextualização histórica das políticas públicas sobre a mulher no Brasil, pontuando a diferença entre as políticas para mulher e as políticas de gênero, problematizando para quem essas políticas foram criadas e a invisibilidade do tema saúde sexual para além do ciclo reprodutivo da mulher. E ainda, introduzir a história da construção da Política Nacional LGBTQI+, para melhor compreender o debate que viria a seguir sobre a sua (não) implementação no que se refere às demandas específicas das lésbicas.

A partir do segundo capítulo realizei a tentativa de discutir os principais desafios para a efetivação das políticas públicas em saúde sexual, trazendo a moralização da epidemia de HIV/Aids e criação do modelo preventivo como alguns dos principais fatores para a invisibilidade das lésbicas enquanto sujeito dotado de sexualidade nas políticas de saúde atuais.

Para tanto, trago uma reflexão sobre o apagamento lésbico como uma produção social anterior à epidemia de Aids, mas reforçada por ela em seu aspecto sexual, apoiada pela heterossexualidade compulsória, lesbofobia e silenciamento, que resulta no fato de a lésbica

não ser sequer considerada como uma possibilidade, mesmo em um serviço especializado, reforçando a negação da existência lésbica e seu apagamento das políticas de saúde. Atrelado a isso, está uma apresentação introdutória sobre o movimento lésbico brasileiro e seus esforços na criação de espaços de discussão para inserção das demandas lésbicas nas políticas de saúde e garantia de sua implementação.

Por fim, no capítulo três, faço um aprofundamento maior nos dados de campo, em que me proponho a pensar sobre a relação entre as identidades, subjetividades e territorialidade presentes na construção do sujeito e do seu discurso, principalmente naqueles envolvidos na implementação da política de saúde LGBTQI+. Os principais dados sugerem que a dinâmica entre identidade pessoal e identidade profissional dos que atuam na assistência em saúde é um fator de interferência na implementação ou não das políticas públicas, por noções e necessidades pessoais de alguns que detêm o poder, sobrepondo a necessidade coletiva.

Ademais, a reflexão sobre o papel do movimento social e a não constituição do sujeito coletivo que se observa a partir dos dados de campo, pela desorganização das ONGs, que também é fruto de um projeto político de desmanche dos movimentos sociais, mas também do caráter de pessoalidade que os líderes dessas ONGs assumem, enfraquecendo a coletividade e fortalecendo a centralidade de poder. Situação refletida pelo movimento de PVHIV, de lésbicas e LGBTQI+ em geral, que favorece o cenário de não garantia de direitos básicos, como a saúde.

Além disso, a discussão sobre território é importante para dar suporte à análise das microrrelações existentes no SAE que entram em conflito pela posse desse território, em que a disputa acontece pela garantia de controle sobre ele, e assim também pelo poder sobre o serviço e seu uso, a quais identidades pertencem ou não, e quem tem direito a acessá-lo.

Por último, trago um paralelo entre a invisibilidade das identidades que estão mais à margem das políticas de saúde sexual, pelas estruturas sociais que negam sua existência, como as lésbicas e pessoas transexuais. Panorama reforçado pelo dispositivo da biolegitimidade, na produção de direitos e políticas públicas para o segmento que se adequa à lógica de patologização e biologicista do HIV.

Em suma, os esforços deste trabalho têm como foco incitar no leitor a refletir sobre como as políticas públicas em saúde sexual, possuem um caráter moralista e de controle dos corpos, que acabam por promover a exclusão das demandas específicas para lésbicas ao não questionar as estruturas sociais que as invisibilizam socialmente, favorecendo a manutenção do ciclo do processo de vulnerabilização em saúde. E mais, tenho o intuito de provocar o leitor a

se enxergar neste trabalho, seja enquanto profissional de saúde, integrante do movimento social, lésbica em busca de atendimento em saúde ou a intersecção de todos, e questionar o papel que está desempenhando na colaboração ou não da melhoria de condição de saúde das lésbicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, F. M. S. et al. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/aids na cidade de Recife, Brasil. *Rev Baiana de Saúde Pública*. Salvador, v. 38, n. 1, p. 140-154, 2014.

ADESINA, Jimi. “Re-appropriating Matrilocality: Endogeneity and African Gender Scholarship. *African Sociological Review* 14 (1). 2010.

ALMEIDA, G. S. Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do “corpo lésbico” na cena pública face à possibilidade de infecção por DST e Aids. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

ALMEIDA, G. 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. 301-331, 2009.

ALVES, B. M.; PITANGUY, J. O que é feminismo. 8 ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

ALVES, I. G.; MOREIRA, L. E.; PRADO, M. A. M. Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: política, movimento e heteronormatividade. *Rev Psico e Saud*, v. 12, n. 3, p. 145-161, 2020.

AMADIUME, Ifi. *Re-inventing Africa: Matriarchy, Religion and Culture*. Interlink Publishing Group, 1997.

ANZALDÚA, G. La conciencia de la mestiza/Rumo a uma nova consciência. *Rev Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 704-719, 2005.

BANDEIRA, L.; ALMEIDA, T. M. C. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. *Rev do Ceam*. Brasília, v. 2, n.1, p. 35-45, 2013.

BANDEIRA, L.; VASCONCELOS, M. Equidade de gênero e políticas públicas: reflexões iniciais. Brasília: Agende, 2003.

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

BETTCHER, T. M. Evil deceivers and make-believers: on transphobic violence and the politics of illusion. In: AIZURA, A. Z.; STRYKER, S. (org.). *The Transgender Studies Reader*. New York: Routledge, 2013. p. 278- 290. v. 2.

BIROLI, F.; MIGUEL, L.F. “Gênero, raça, classe. Opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades”. *Mediações*, Londrina, V. 20 N. 2, P. 27-55, Jul./Dez. 2015.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 16 ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília - DF, 2004.

_____. M.S. PN-DST/AIDS. Serviço de Assistência Especializada (SAE) aos portadores de HIV/Aids. 2005

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília, 2011.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº1, de 16 de janeiro de 2013.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS. Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, Brasília, 1993. Disponível em: Acesso em 02 set. 2020.

BORNSTEIN, K. Gender terror, gender rage. In: WHITTLE, S.; STRYKER, S. (org.) The Transgender Studies Reader. Nova York: Routledge, 2006. p. 236-243. v. 1.

BUTLER, J. Problemas de gênero. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CALAZANS, G. J. Políticas públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, 2018.

CALAZANS, G. J.; PINHEIRO, T. F; AYRES, J. R. C. M. “Vulnerabilidade programática e cuidado público: panorama das políticas de prevenção do HIV e da AIDS voltadas para gays e outros HSH no Brasil”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. N° 29, 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.13.a>

CALDERARO, F. Políticas de saúde voltadas às lésbicas: um estudo sobre as possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2011.

CARVALHO, S.S.; CALDERARO, F. & SOUZA, S.J. “O dispositivo “Saúde de mulheres lésbicas”. (In)visibilidade e direitos”. *Psicologia Política*, Vol. 13, nº 26, pp. 111 a 127, jan-ab. 2013.

CARVALHO, P.M.G. et al. “Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo”. *Online Braz J Nurs*. Niterói, v. 12, n. 4, p. 931-41, 2013.

CAVALCANTI, C. D. Visíveis e invisíveis: práticas e identidade bissexual. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2007.

CHAN, S.K.; THORNTON, L.R.; CHRONISTER, K.J, et al. “Likely female to female sexual transmission of HIV–Texas, 2012”. *MMWR Morb Mortal*. Atlanta, v. 63, n. 10, p. 209 - 212, 2014.

DANIEL, R.; PARKER, R. AIDS, a Terceira epidemia: ensaios e tentativas – Rio de Janeiro: ABIA, 2018.

DURHAM, E. R. Movimentos sociais: a construção da cidadania. A dinâmica da cultura, São Paulo: Cosac Naify, 2006.

DYE, T. R. Understanding public policy. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1972.

FACCHINI, R et al. “A prevenção não sobe a Augusta”: homossexualidade, HIV, “risco” e produção de fronteiras na região central da cidade de São Paulo. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. n. 29, 2018.

_____. Bissexualidade em movimento [Post do Blog Espaço B]. Recuperado de <http://blog-espaco-b.blogspot.com.br/2010/06/bissexualidade-em-movimento-agostode.html>. 2004.

_____. Sopa de Letrinhas: movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 1990. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

_____. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. *Rev Bagoas*, 2009.

_____. Entre umas e outras: mulheres, (homo)sexualidades e diferenças na cidade de São Paulo. Tese (Doutorado). Universidade de Campinas, 2018.

FALQUET, J. Romper o tabu da heterossexualidade: contribuições da lesbianidade como movimento social e teoria política. *Cadernos de Crítica Feminista*, n. 5, 2012.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. *Estudos feministas*. Florianópolis, v. 12, n.1, p. 360, 2004.

FERREIRA, B.O. et al. “Vivências de travestis no acesso ao SUS”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1023-1038, 2017.

FASSIN, D. La biopolitique n’est pas une politique de la vie. *Sociologie et Societes*, v. 38, n. 2, p. 35-48, 2006.

_____. El irresistible ascenso der derecho a la vida: razon humanitária y justicia social. *Rev de Antrop Social*, n. 19, p. 191-204, 2010.

FOUCAULT, M. História da sexualidade I. Rio de Janeiro: Graal, 1997. 12ª ed. (Cap. 1 e 2).

_____. História da sexualidade 1: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 2011a.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. & RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Trad. V. P. Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. A Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

GASPARETTO, V.F.; AMANCIO, H.P. “Gênero e feminismos em África. Temas, problemas e perspectivas 4 analíticas”. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women’s Worlds Congress (Anais Eletrônicos), 2017, ISSN 2179-510X.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das Políticas de Saúde do Século XX. *RBCS*, v. 21, n. 67, junho, 2006.

GOFFMAN, E. Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1988.

GOMES, F. M.T. Diálogos necessários: Pensamento lésbico contemporâneo. *REBEH*, v. 2, n. 4, 2019.

GOMES, R. et al. “Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1997-2005, 2018.

GROSSI, M. P. Identidade de gênero e sexualidade. *Antropologia em primeira mão*, Florianópolis, p. 1-14, 1998.

GUANILO, M.C.D.T.U.; TAKAHASHI, R.F.; BERTOLOZZI, M.R. “Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e ao HIV: construção e validação de marcadores”. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo, v. 48, n. (Esp), p. 156-63, 2014.

HAESBAERT, R. Fim dos territórios ou novas territorialidades? In: LOPES, L. P; BASTOS, L. C. (org.). *Identidades: recortes multi e interdisciplinares*. Campinas: Mercado das Letras, 2002.

HEILBORN, M. L. BRANDAO, E. R. “Introdução: ciências sociais e sexualidade”, in: HEILBORN, M. L. (org). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*, IMS/UERJ, Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999.

HJERN, B.; PORTER, D. Implementation structure: a new unit of administrative analysis. In: HILL, M. *The policy process: a reader*. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf, 1997. p. 313-348.

HOGWOOD, B. W.; GUNN, L. A. Why perfect implementation is unattainable? In: HILL, M. *The policy process: a reader*. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf, 1997. p. 238-247.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. *Studying public policy: policy cycles and policy subsystems*. 2. ed. Toronto: Oxford University Press, 2003.

JAEGER, M. B. et al. Bissexualidade, bifobia e monossexismo: problematizando enquadramentos. *Periodicus*, v. 2, n. 11, p. 01-19, 2019.

LABRA, M. E. Proposições para o estudo da relação entre política, burocracia e administração no setor saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. a, p. 33-48, 1988.

LAMBLE, S. Retelling racialized violence, remaking white innocence: the politics of interlocking oppressions in transgender day of remembrance. In: AIZURA, A. Z.; STRYKER, S. (org.). *The Transgender Studies Reader*. Nova York: Routledge, 2013. p. 30-45. v. 2.

LIMA, A. C. S.; CASTRO, J. P. M. Notas para uma Abordagem Antropológica da(s) Política (s) Pública (s). *Rev Antropológicas*, v. 26, n. 2, p. 17-54, 2015

LESSA, P. *Lesbianas em movimento: a criação das subjetividades*. Tese (Doutorado em História). Universidade de Brasília, 2007.

LEMOS, A. C. S. *Movimentos de lésbicas em Pernambuco: uma etnografia lésbica*. Dissertação (Antropologia). Universidade Federal de Pernambuco, 2019.

LEWIS, Elizabeth S. “Não é uma fase”: construções identitárias em narrativas de ativistas LGBT que se identificam como bissexuais. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2012.

LINO, T. R. Nas fissuras da história: o movimento lésbico no Brasil. *Rev Movimentação*. Dourados, v.6, n. 10, 2019.

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

LIPSKY, M. *Street level bureaucracy: dilemmas of the individual in the public service*. Russell Sage Foundation, 1983.

LORENZO, A. A. *La construccion cultural de la lesbofobia: Una aproximacion desde la antropologia. Homofobia: laberinto de la ignorancia*. Mexico, 2012.

MACHADO, H. V. A identidade e o context organizacional: perspectivas de análise. *RAC*, Ed especial, p. 51-73, 2003.

MACKINNON, C.A. *Sexual Harassment of Working Woman: a case of sex discrimination*. Yale University Press. 10 de setembro de 1979.

MAGNANI, J. G. C. A antropologia urbana e os desafios da metrópole. *Tempo socia*, USP, 2003.

_____. “De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 17, n. 49, jun., 2002.

MALUF, S. W. Biogitimidade, direitos e políticas sociais: novos regimes biopolíticos no campo da saúde mental no Brasil In: MALUF, Sônia Weidner; QUINÁGLIA SILVA, Érica (orgs). *Estado, políticas e agenciamentos sociais em saúde: etnografias comparadas*. 11 ed. Florianópolis: EDUFSC, v.1, p. 15-44, 2018.

MANNHEIM, Karl. O problema das gerações. In: *Sociologia do conhecimento*. Porto: Res Editora. p.115-176. 1. ed. 1928.

Mann JM, Tarantola D & Netter TW (1993). *AIDS in the World*. Cambridge, MA: Harvard University Press..

MORA, C.M.; MONTEIRO, S. “Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids”. *Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 496, set-dez, 2013.

MOTTA, A. B. Gênero, idades e gerações. *Caderno CRH*, Salvador. v. 17, n. 42, p. 349-355, 2004.

OLIVEIRA, V. E. Saúde Pública e Políticas Públicas: campos próximos, porém distantes. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 25, n. 4, p. 880-94, 2016.

OYEWUMI, Oyeronke. *The Invention of Women: Making an African Sense of Western Gender Discourses*, University of Minnesota Press, Minneapolis. 1997.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PERLONGHER, N. 1987. *O Que é Aids*. São Paulo: Brasiliense.

PELÚCIO, L. Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo da AIDS. Tese (doutorado). Universidade Federal de São Carlos, 2007P

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. “A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 1: 125-157, 2009.

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

PERILO, M.; PEDROSA, C.; BRAZ, C. A.; MELLO, L. Entre a AIDS e a integralidade: travestis, transexuais, bissexuais, lésbicas e gays nas políticas públicas de saúde no Brasil. In: *Políticas públicas para população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar*. Goiânia: UFG, 2010.

PISCITELLI, A. “Gênero: a história de um conceito”. In: BUARQUE DE ALMEIDA, H.; SZWAKO, J. (org.). *Diferenças, igualdade*. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009. pp.116-148.

PISCITELLI, A. “Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras.” *Sociedade e Cultura*, V. 11, nº 2, 2008, pp. 263-274.

PISCITELLI, A. “Re-criando a categoria mulher?” In: ALGRANTI, L. (org.). *A prática feminista e o conceito de gênero*. Textos didáticos. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002, vol. 48, pp. 7-42.

RAFFESTIN, C. *Por uma Geografia do Poder*. São Paulo: Ática, 1993.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos*. Material produzido a partir do 10º Encontro Nacional da Rede Feminista de Saúde. Porto Alegre, 2008.

RICOEUR, P. *O si mesmo como um outro*. São Paulo: Papyrus, 1990.

RICH, A. “Heterossexualidade compulsória e existência lésbica”. *Bagoas*, n. 05, 2010, p. 17-44.

RUBIN, G. *O tráfico de mulheres: notas sobre a “economia política” do sexo*. In: Reiter, Rayna (ed): Nova Iorque, 1975.

RUBIN, G. "Thinking Sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality." In: NARDI, P. & SCHNEIDER, B. (eds.) Social perspectives in lesbian and gay studies. London: Routledge, 1998. (tradução disponível).

RUSCHEL, A. E.; CASTRO, O. P. o vínculo intergeracional: o velho, o jovem e o poder. *Psicol. Reflex. Crit.* v. 11, n. 13, 1998.

SABATIER, P.; MAZMANIAN, D. The implementation of regulatory policy: a framework of analysis. Davis: Institute of Governmental Affairs: University of California, 1979.

SACHS, L. Causality, responsibility and blame – core issues in the cultural construction and subtext of prevention. *Sociology of Health & Illness*, v. 18, n. 5, p. 632-652, 1996.

SAMPAIO, J. et al. "Ele não Quer com Camisinha e eu Quero me Prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semiárido nordestino". *Saúde soc. São Paulo*, v. 20, n. 1, p. 171-181, 2011.

SAQUET, M. A. Os tempos e os territórios da colonização italiana: o desenvolvimento econômico da Colônia Silveira Martins (RS). Porto Alegre: Edições EST, 2003.

SCOTT, J. "Gênero: uma categoria útil de análise histórica." In: *Educação & Realidade*, vol. 20, n. 2, 1995, pp. 71-99.

SECCHI, Leonardo. Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

SEDGWICK, E.K. "A epistemologia do armário." *Cadernos Pagu*, Campinas: Unicamp, nº 28, 2007, pp. 19- 54.

SEFFNER, Fernando. Derivas da masculinidade: representação, identidade e diferença na masculinidade bissexual. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SILVA, A. G. F. et al. A relação entre Estado e políticas públicas: uma análise teórica sobre o caso brasileiro. *Revista Debates*. Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 25-42, 2017.

SILVA, C. G. S. Serviço de assistência especializada (SAE): uma experiência profissional. *Psicol cienc prof. Brasília*, v. 27, n. 1, 2007.

SILVA, D.R.Q.; COSTA, Z.L.S.; MULLER, M.B.C. "Gênero, sexualidade e políticas públicas". *Educação & Realidade*. Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 49-58, jan-abr, 2018.

SOARES, G. S.; COSTA, J. C. Movimento lésbico e Movimento feminista no Brasil: recuperando encontros e desencontros. *Labrys, etudes/feministes*, 2012.

STOTZ, E. N. Movimentos sociais e saúde: notas para uma discussão. *Cad. Saud. Publ. Rio de Janeiro*, v. 10, n. 2, p. 264-268, 1994.

SUÁREZ, M.; BANDEIRA, L. A politização da violência contra as mulheres e o fortalecimento da cidadania. In: BRUSCHINI, C.; UNBERHAUM, S.G.(Org). Gênero, democracia e sociedade brasileira. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2002.

TARTARUGA, I. G. P. O conceito de território para análise do desenvolvimento rural. Ribeirão Preto: Sober, 2005.

TAT, S.A.; MARRAZZO, J.M. GRAHAM, S.M. “Women Who Have Sex with Women Living in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Sexual Health and Risk Behaviors”. *LGBT Health*. New Rochelle, v. 2, n. 2, 2015.

TAVARES, M. Lesbianismos e feminismos encontros e desencontros e as ligações entre ativismo e academia. *LES Online*, v. 3, n. 1, p. 29-37, 2011.

TELLES, M. A. A. Breve história do feminismo no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1999.

TERRA, A. A pertinência do conceito de território para análise de assentamentos rurais. *Rev NERA*, v. 22, n. 48, p. 190-205, 2019.

WITTIG, M. O pensamento hetero. New York, Modern Language Association Convention, 1980.

_____. Ninguém nasce mulher. Trad. Hurrah, um grupelho eco-anarquista e Coletivo Bonnot, 1970.

WORLD HEALTH FORUM (WHF). Jonathan Mann – AIDS. *In focus*. v. 8, 1987.