



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso

NATALIA DE PALMA ROSA GARCIA

**A (IN)VISIBILIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA
MULHERES LÉSBICAS**

Professora orientadora: Valdenízia Bento Peixoto

Brasília – DF
2/2018

NATALIA DE PALMA ROSA GARCIA

**A (IN)VISIBILIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA
MULHERES LÉSBICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, na Universidade de Brasília, sob a orientação da Prof.a Dra. Valdenízia Bento Peixoto.

Brasília – DF
2018

**A (IN)VISIBILIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA
MULHERES LÉSBICAS**

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Valdenízia Bento Peixoto
Professora do Departamento de Serviço Social – IH/SER/UnB (Orientadora)

Profa. Dra. Lívia Barbosa Pereira
Professora do Departamento de Serviço Social – IH/SER/UnB (Membro Interno)

Profa. Dra. Silvia Badim Marques
Professora do Departamento de Saúde Coletiva – UnB (Membro Externo)

*Dedico este trabalho à todas as mulheres
lésbicas e sapatonas que cotidianamente
revolucionam com seu afeto.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por tudo o que me proporcionaram até então;

À minha irmãzinha Giovana, cujos abraços e beijos me deram forças para continuar;

À espiritualidade amiga, aos meus mentores e guias, por todas as inspirações e intuições e por seguirem sempre ao meu lado, me orientando;

Aos meus avós Noemia e Luciano, com quem venho aprendendo a ter calma e paciência; à minha avó Ubiraci e tio Edson, por acreditarem em mim, mesmo que de longe;

Às amigas e colegas que fiz na UnB... Ju, Manu, Gaia, Babs, Clarinha, por dividirem as angústias da monografia e lerem meus textos, sem vocês eu não teria conseguido!

Ao meu querido melhor amigo Lipe, por ouvir meus desabafos e pelas conversas tranquilizantes;

À Lídia, por toda força e amor;

À equipe da Secretaria de Saúde do Supremo Tribunal Federal, em especial à Fernanda e Cris Viana, minhas supervisoras de campo, por toda troca de experiências, pelos aprendizados, por toda paciência! À Lu e Pat, por todo carinho e risadas!

À professora Val, por ter topado me orientar nesse trabalho, pela parceria e incentivos. Que possamos continuar em mais parcerias pela frente, conte sempre comigo!

À professora Lívia e professora Silvia, por aceitarem compor a banca deste Trabalho de Conclusão de Curso.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso se propõe a analisar a visibilidade de políticas públicas de saúde para mulheres lésbicas no Brasil. Busca manter vivas as memórias e vivências de lésbicas, retomando aspectos históricos da constituição deste segmento enquanto movimento social. Ressalta as principais demandas em saúde deste segmento, a partir da leitura crítica das principais políticas públicas de saúde: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) e Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Por fim, aponta as principais contribuições do profissional do Serviço Social no contexto do debate da diversidade sexual e do combate às discriminações e preconceitos, retomando os processos que levaram a inserção dessa discussão na categoria de assistentes sociais, levando em consideração os desafios enfrentados e os limites atuais da agenda profissional. O TCC foi desenvolvido a partir de análise documental, revisão bibliográfica de artigos, dissertações, teses, livros, vídeos e documentários que trabalhem os assuntos e conceitos de “Lesbianidade”, “Saúde da Mulher Lésbica” e “Políticas Públicas de Saúde”. Ainda em termos de metodologia, utilizou-se as categorias: dialética, totalidade e historicidade, bem como consubstancialidade-coextensividade.

Palavras-Chave: lésbicas; lesbianidades; saúde; Serviço Social; LGBT.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids**
- ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**
- ABL – Associação Brasileira de Lésbicas**
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social**
- CNCD/LGBT – Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**
- CRESS – Conselho Regional de Serviço Social**
- DST – Doença Sexualmente Transmissível**
- ENESSO – Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social**
- ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadores/as em Serviço Social**
- FBH – Federação Brasileira de Hospitais**
- GALF – Grupo de Ação Lésbica Feminista**
- GAPA – Grupo de Apoio e Prevenção à Aids**
- GTP – Grupos Temáticos de Pesquisa**
- LBL – Liga Brasileira de Lésbicas**
- LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**
- MEC – Ministério da Educação**
- MESS – Movimento Estudantil de Serviço Social**
- OMS – Organização Mundial da Saúde**
- ONG – Organização Não Governamental**
- PEPSS – Projeto Ético Político do Serviço Social**
- PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**
- PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**
- PNPM – Plano Nacional de Políticas para Mulheres**
- SENALE – Seminário Nacional de Lésbicas**
- SUS – Sistema Único de Saúde**
- SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**
- SEDH – Secretaria Especial dos Direitos Humanos**

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO..... | 9 |
| CAPÍTULO 1 – APROXIMAÇÕES SÓCIO HISTÓRICAS DA ORGANIZAÇÃO POLÍTICA DO MOVIMENTO DE LÉSBICAS | 14 |
| 1.1. Fundamentos do sistema heteropatriarcal-racista-capitalista..... | 15 |
| 1.2. As existências lésbicas, heterossexualidade e o <i>continuum</i> lésbico | 19 |
| 1.3. A organização do movimento de lésbicas no Brasil | 22 |
| 1.4. Resistências e narrativas lésbicas contemporâneas..... | 28 |
| CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA LÉSBICAS | 30 |
| 2.1 Políticas de saúde para mulheres: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM)..... | 32 |
| 2.2 A diversidade sexual como um determinante social: a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (2012) | 37 |
| 2.3 O direito à saúde, desafios e limites do acesso | 41 |
| 2.4 Respostas institucionais e Estatais frente às demandas de mulheres lésbicas . | 45 |
| CAPÍTULO 3 – SERVIÇO SOCIAL, DIVERSIDADE HUMANA E O COMBATE ÀS DISCRIMINAÇÕES | 47 |
| 3.1. Breve histórico da inserção da pauta da diversidade na formação profissional em Serviço Social | 48 |
| 3.2. Entre os avanços e limites da agenda profissional..... | 51 |
| 3.3. O Serviço Social no combate à LGBTfobia e na luta contra as opressões | 54 |
| 3.3.1. O compromisso Ético-Político | 55 |
| 3.3.2. Atividades pedagógicas e educativas | 57 |
| 3.4. O Serviço Social frente as demandas em saúde de mulheres lésbicas..... | 60 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 64 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 67 |

INTRODUÇÃO

Luana presente! Katiane presente! Marielle presente!

A produção desse trabalho, dentre todos os objetivos aos quais se propõe, carrega um significado de extrema importância: destaca a relevância de se pesquisar as temáticas de gênero e sexualidades na atual conjuntura política e social brasileira. Isso porque, mais do que nunca, estamos diante do recrudescimento de forças e projetos conservadores, que são grave retrocesso para o país frente às perdas e cortes de direitos sociais conquistados arduamente.

A figura do presidente recém-eleito Jair Bolsonaro representa a materialização desse conservadorismo. Seu discurso de ódio tem se propagado não só como discurso, tem se disseminado cada vez mais por meio de manifestações concretas de violências físicas e assassinatos. Grupos historicamente marginalizados, dentre eles mulheres, LGBT e a população negra, precisam lutar especialmente por suas sobrevivências, antes de pensarem em direitos sociais e políticos, em cidadania plena. Isso pois o moralismo e o ódio, que constituem esse projeto de governo, ameaça, acima de tudo, o Estado democrático brasileiro.

Nesse sentido, a academia é um espaço privilegiado de produção de conhecimento crítico, que precisa ser responsável e comprometido com o coletivo. Acima de tudo, cabe a nós não só a articulação e difusão desse conhecimento, mas, principalmente, a construção de frentes de resistência à toda e qualquer espécie de retrocesso.

Mulheres lésbicas, que constituem o escopo dessa pesquisa, sofrem inúmeras violências e violações de direitos frente a sociedade patriarcal vigente. Essa sociabilidade, por ser sustentada por um sistema heterossexista, domina e oprime as sexualidades que não seguem o modelo reprodutivo heterossexual. As discriminações sucessivas vivenciadas por mulheres lésbicas, as chamadas *lesbofobias*, se repercutem de diversas formas em suas vidas, seja levando-as à marginalização e exclusão sociais, seja culminando em suicídios e lesbocídios.

Essa realidade precarizada de mulheres lésbicas é invisibilizada pelo Estado, uma vez que são as próprias Organizações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) que contabilizam os assassinatos. Ainda, esse processo se dá de forma subnotificada, pois a contagem dos corpos mortos por estas organizações se baseia apenas nas notícias veiculadas pelas mídias e redes sociais.

A pesquisa realizada pelo projeto “Lesbocídio: as histórias que ninguém conta”¹, que objetiva resgatar as memórias e vidas de lésbicas vítimas de lesbocídio no Brasil, consegue comprovar que, de fato, há uma negligência, tanto por parte do Estado quanto da sociedade civil, na garantia dos direitos básicos de lésbicas, principalmente as racializadas e pobres. As pesquisadoras elencaram os seguintes direitos que se encontram comprometidos: à vida digna; ao amadurecimento, ao florescimento e às fases da vida; ao espaço; à segurança ou à territorialidade política do corpo; aos espaços públicos, à propriedade e à habitação; à sociabilidade; à justiça e à memória; e, acima de tudo, à existência (SOARES & PERES, 2017).

No Brasil, entretanto, desde a realização do primeiro Seminário Nacional de Lésbicas – SENALE, no ano de 1996, as mulheres lésbicas chamam a atenção para as diferentes formas de opressão e exclusão, para além das dificuldades de acesso aos direitos básicos. Violência física e psicológica, estupros corretivos e assassinatos são escancarados pelo movimento social, denunciando o cotidiano de vulnerabilidade ao qual estes sujeitos estão expostos (BRASIL, 2017). Uma das demandas mais antigas desse grupo é referente à saúde.

A partir das leituras e estudos, percebo o esforço por parte dos grupos e movimentos sociais, principalmente após o processo de redemocratização brasileiro da década de 1980, numa participação social mais ativa, de cobrar medidas estratégicas do Estado, bem como de construção das mesmas. Porém é indispensável questionar a efetividade destes esforços, tendo em vista as recorrentes queixas referentes às iniquidades do acesso a saúde de mulheres lésbicas.

Somado a isso, e diante do atual cenário do Brasil de desmonte de direitos e avanço do neoliberalismo, o Sistema Único de Saúde – SUS – encontra-se sob ameaça, pois se observa que a lógica da mercantilização da saúde vai de encontro ao preconizado pela “Constituição Cidadã”. Exemplo disso foi a promulgação da PEC 241, também chamada de “PEC do fim do mundo”, no ano de 2016, que congela o aumento dos gastos públicos em saúde e educação por 20 anos, acarretando, com o passar dos anos, porcentagem cada vez menor destinada a essas políticas. A EC 95 prioriza ao retirar

¹ Pesquisa produzida pelo Núcleo de Inclusão Social – NIS e pelo Nós: dissidências feministas, dois projetos vinculados à UFRJ que trabalham com questões de gênero e sexualidade. Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/fontes-e-pesquisas/wp-content/uploads/sites/3/2018/04/Dossi%C3%AA-sobre-lesboc%C3%ADdio-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 18/10/2018.

recursos da seguridade social, a dívida pública e o mercado financeiro, em detrimento dos direitos e políticas sociais conquistados historicamente, comprometendo a vida da população brasileira e também as gerações futuras que acessarão os serviços públicos. Sendo assim, evidenciar, problematizar e resistir aos impactos do tensionamento da disputa pela apropriação do fundo público, em um país desigual como o nosso, é essencial.

Ainda, a relevância de se pesquisar a realidade de lésbicas se dá devido à invisibilidade histórica dessas mulheres e suas demandas em ambos os movimentos LGBT e feministas. Esse silenciamento continua a se reproduzir nos dias de hoje, por isso é imperativo que o movimento de lésbicas continue reivindicando seus espaços e demandas entre as organizações políticas e instituições, como a academia. Isso porquê essa invisibilidade sobre as questões e demandas de mulheres lésbicas perpassa o âmbito acadêmico, da produção científica de conhecimento, mais especificamente da categoria profissional que ocupo, do Serviço Social.

Em pesquisa breve via *Biblioteca Digital da Produção Intelectual Discente da Universidade de Brasília (BDM)*, encontrei apenas 1 (uma) monografia sobre o tema “lésbicas”, do ano de 2013, intitulada “A heteronormatividade em dispositivos visuais: Análise de campanhas governamentais de sexualidade para mulheres lésbicas” no Departamento do curso de Serviço Social da UnB. Somado a esse dado, em levantamento prévio dos trabalhos aprovados no XV ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadores/as em Serviço Social, ocorrido em 2014, localizei apenas 1 (um) trabalho em formato de pôster que tratava sobre lesbianidade e maternidade chamado “MATERNIDADE LÉSBICA: Dificuldades e Limites do Processo de Maternagem das Mulheres Lésbicas”. Assim, há uma lacuna, uma invisibilidade, nos estudos da nossa categoria profissional acerca das demandas de mulheres lésbicas.

Entendo que a discussão sobre a saúde de lésbicas no Brasil contribui com o agendamento das demandas de sexualidade na categoria de assistentes sociais, cuja intervenção profissional é pautada na garantia de direitos a populações em situação de desigualdade social como, por exemplo, a de LGBT. No entanto, mesmo sob a recusa do conservadorismo, conforme o movimento de intenção de ruptura dos anos de 1970 e 1980, o Serviço Social não está imune aos limites e tensionamentos oriundos da sociedade capitalista, patriarcal, racista, cis e heteronormativa vigente. Sendo assim, o presente trabalho demonstra-se importante por contribuir com a produção teórica sobre

lesbicanidades, combater o conservadorismo que ronda a categoria e a ação profissional e fortalecer o Projeto Ético Político da profissão.

Dessa forma, considerando o contexto de violência lesbofóbica enfrentado cotidianamente por mulheres lésbicas e os inúmeros entraves presentes no acesso aos serviços, essa pesquisa tem o objetivo geral de analisar a visibilidade de políticas públicas de saúde do Brasil para mulheres lésbicas. Para que se possa responder a essa questão de partida, faz-se necessário, ainda, traçar objetivos específicos que subsidiem a aproximação e apreensão da problemática em análise:

1. Contextualizar historicamente o movimento de mulheres lésbicas do Brasil, visibilizando suas precursoras, principais pautas e marcos da luta.

2. Analisar os princípios, diretrizes e ações, voltados às mulheres lésbicas, das mais importantes políticas e programas em saúde, mais especificamente: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

3. Discutir sobre o papel do assistente social no combate às discriminações por orientação sexual e identidade de gênero nos atendimentos em saúde.

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

Para fundamentar o debate do trabalho realizei análise documental, revisão bibliográfica de artigos, dissertações, teses, livros, vídeos e documentários que trabalhem os assuntos e conceitos de “Lesbianidade”, “Saúde da Mulher Lésbica” e “Políticas Públicas de Saúde”.

As categorias utilizadas para a análise das problemáticas aqui debatidas são: dialética, totalidade e historicidade, visto que são as mais adequadas para a superação da imediatividade e das aparências das relações sociais. A dialética permite uma compreensão crítica da história, dos processos de determinações socioeconômicas e das complexidades das relações sociais de produção e dominação, por sua apropriação da realidade social em movimento e não estática (MINAYO, 2015). Entender que as relações sociais estão inseridas numa perspectiva de totalidade social, em um contexto histórico

definido, possibilita que as mulheres e homens sejam vistos como seres sociais, frutos dos processos que compõem a realidade (KONDER, 2008). O modo de produção capitalista compõe as relações sociais e está assentado para sua contínua reprodução por meio do patriarcado, do racismo e da cis e heteronormatividade, como será evidenciado neste trabalho.

Uma vez que a presente pesquisa debate as opressões sociais, também é importante destacar o uso da categoria de análise da realidade: a consubstancialidade-coextensividade. A partir dessa perspectiva as opressões e desigualdades de poder que perpassam as relações sociais são consideradas indissociáveis, além de se reproduzirem e autoproduzirem de forma dinâmica e mútua (KERGOAT, 2010).

Utilizarei para o entendimento de saúde a perspectiva cidadã garantida pela Constituição Federal de 1988, que leva em conta a totalidade do ser social, inclusive da sua subjetividade. Considero esta compreensão central para o desenvolvimento deste trabalho, pois a saúde deve ser vista como produto de determinantes sociais diversos como, por exemplo, trabalho, moradia, renda e alimentação.

O primeiro capítulo dessa pesquisa resgata de forma breve a memória do movimento brasileiro de mulheres lésbicas, pois essa é uma história que deve ser preservada e visibilizada. Além disso, analisa as opressões do sistema heteropatriarcal-racista-capitalista da sociabilidade vigente, debatendo sobre as existências lésbicas em meio à essas opressões. O capítulo dois problematiza a inserção das demandas de saúde lésbica em algumas políticas públicas de saúde, bem como analisa os limites e desafios que ainda dificultam a atenção a saúde dessas mulheres. O último capítulo propõe reflexões acerca da intervenção do Serviço Social frente às demandas de LGBT, retomando os processos históricos de aproximação dessa categoria profissional à temática da diversidade sexual. Por fim, apresenta os principais limites da agenda de assistentes sociais frente à urgência da luta pelos direitos dessa população.

CAPÍTULO 1 – APROXIMAÇÕES SÓCIO HISTÓRICAS DA ORGANIZAÇÃO POLÍTICA DO MOVIMENTO DE LÉSBICAS

O caminho trilhado por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil é marcado por lutas e embates: são sujeitos que resistem às violências e violações da sociedade, na busca por reconhecimento e respeito. Pode-se dizer que em meio a essas disputas o movimento LGBT² brasileiro vem conquistando algumas vitórias. São conquistas que denotam o avanço do diálogo com o Estado e o seu compromisso com a garantia dos direitos humanos.

A fundação do Grupo Somos, no final da década de 1970 em São Paulo, marca o início da fase de politização, a fundação do chamado “movimento homossexual”³. O grupo era composto majoritariamente de homens gays e algumas poucas lésbicas. Faziam parte diversas pessoas, dentre as quais estudantes, intelectuais e bancários que se reuniam secretamente e consolidaram o maior grupo de luta por direitos homossexuais no Brasil. É importante destacar, no entanto, que antes mesmo desse período, gays, lésbicas e travestis já se reuniam e socializavam em encontros e eventos, nos grandes centros urbanos (GREEN, 2000).

O lançamento do jornal *Lampião da Esquina*, no ano de 1978, foi outro acontecimento relevante que junto ao Somos consolidou o compromisso político e social do movimento nessa primeira onda de articulação (SIMÕES & FACCHINI, 2009). O jornal era publicado por um grupo de intelectuais do Rio de Janeiro e se constituiu como um dos principais meios de comunicação e ativismo, veiculando questões de sexualidade, dentre outras temáticas, “dando voz a todos os grupos injustamente discriminados – dos negros, índios, mulheres (...)” (LAMPIÃO, 1978, p.2).

Nessa época, o cenário da ditadura militar intensificou pesada repressão e perseguição aos homossexuais, principalmente após a instauração do Ato Institucional n 5⁴. Embora a homossexualidade não fosse considerada ilegal, o Estado dispunha de uma

² Muito embora as identidades sexuais e expressões de gênero não se reduzam apenas às contempladas pela sigla do movimento, optei por utilizá-la em respeito ao deliberado na histórica I Conferência Nacional LGBT, em 2008.

³ O movimento LGBT, em sua gênese, era chamado de “movimento homossexual”, pois se constituía majoritariamente de homens gays.

⁴ “São mantidas a Constituição de 24 de janeiro de 1967 e as Constituições Estaduais; O Presidente da República poderá decretar a intervenção nos estados e municípios, sem as limitações previstas na Constituição, suspender os direitos políticos de quaisquer cidadãos pelo prazo de 10 anos e cassar mandatos eletivos federais, estaduais e municipais, e dá outras providências.” (BRASIL, 1968, s.p.)

série de instrumentos para controlar e punir comportamentos transgressores da norma socialmente aceita. Simultaneamente, os militantes recebiam bastante influência dos movimentos da contracultura, que enfatizavam a liberdade sexual desafiando os valores tradicionais de gênero (GREEN, 2000).

O desenrolar dessa história vem sendo cada vez mais amplamente debatido nos estudos teóricos de gênero e sexualidades, entretanto observo a pouca incidência de narrativas lésbicas e o apagamento da participação e protagonismo dessas mulheres na construção do que veio a ser o movimento LGBT. Zuleide Paiva da Silva (2017), ativista da Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), destaca que o apagamento das lesbianidades extrapola os limites dos movimentos sociais e se dá em virtude do machismo e lesbofobia da sociedade. Ou seja, a invisibilidade lésbica é um desafio a ser superado não apenas no interior das organizações e movimentos sociais LGBT e de mulheres, mas inclusive no que tange a sociedade em geral. Nesse sentido, este capítulo enfatiza as trajetórias percorridas pelos movimentos organizados de lésbicas no Brasil, perpassando pelos processos que os consolidaram, bem como pelos obstáculos e avanços conquistados, desde seus primórdios até os dias atuais. Em resumo, trata-se de contar a história do “movimento homossexual”, porém sob outro ângulo: o das lesbianidades.

1.1. Fundamentos do sistema heteropatriarcal-racista-capitalista

Antes de me referir ao aspecto propriamente histórico do que venho a chamar de “movimentos de lésbicas”, é essencial situar os fundamentos que basearam minhas análises do objeto de estudo deste trabalho. Reforço inclusive a perspectiva teórico-metodológica adotada, que preza pela investigação e apreensão dos fenômenos em sua totalidade, buscando a compreensão da gênese dos mesmos, bem como dos processos que o articulam, pela ótica da dialética. Assim, destaco ainda que o trabalho foi desenvolvido a partir de uma visão crítica, comprometida com os sentidos político e social da produção de conhecimento.

A sociabilidade vigente, baseada no modo de produção capitalista, estrutura a sociedade em classes sociais, cujos interesses são distintos. De um lado está a classe trabalhadora, que vende a sua força de trabalho, tornando-se mão-de-obra e obtendo, assim, seu meio de sobrevivência. Do outro lado, encontra-se a classe burguesa que, sendo dona dos meios de produção, compra a mão-de-obra e detém, com isso, os produtos do trabalho. Esse sistema se reproduz continuamente, visando lucros crescentes ao patrão e

níveis de exploração cada vez mais profundos ao trabalhador. A esse esquema de produção, que não é linear e nem mecânico, apresentado aqui de forma resumida, dá-se o nome de divisão social do trabalho (CISNE E GURGEL, 2008)

As classes sociais são constituídas de pessoas e grupos variados que, por sua vez, produzem valores e ideologias a respeito das diferenças. Essas diferenças, inerentes a diversidade humana, são utilizadas para legitimar e naturalizar desigualdades sociais da sociedade capitalista patriarcal e racista. É preciso que se entenda as classes sociais como fundantes dessa sociabilidade, pois além de estruturarem as relações sociais, fundamentam os sistemas de opressão a partir da exploração do trabalho. Dessa forma, é essencial o entendimento de que “classe, além de ter sexo, possui raça/etnia, e essas dimensões imprimem condicionalidades que estruturam de forma diferente as vivências das formas de exploração e opressão nesta sociedade” (CISNE & SANTOS, 2018, p.77).

Não é o meu objetivo discutir profundamente a categoria *trabalho*, entretanto a mesma permite a apreensão do ser social e das relações sociais. Seguindo a linha do pensamento marxiano, uma vez que o trabalho é ontológico na constituição do gênero humano e da individualidade, estes processos e dimensões se complementam, ou melhor, são indissociáveis, simultânea e dialeticamente, a depender das circunstâncias e momentos históricos em que se inserem os sujeitos (CISNE & SANTOS, 2018).

Mirla Cisne e Silvana Mara dos Santos, em livro recém lançado intitulado “Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social” (2018), afirmam que o trabalho na sociedade vigente possui três divisões estruturantes associadas entre si: a divisão social, já mencionada anteriormente, baseada nas classes sociais; a divisão racial, que leva em conta as relações sociais de raça; a divisão sexual, fundamentada pelas relações sociais de sexo⁵. Assim, as autoras explicam que, analisando os processos da formação sócio histórica brasileira, é possível perceber que estes três sistemas mencionados se fundiram em um só, engendrando o chamado *sistema heteropatriarcal-racista-capitalista*. Sobre esse sistema unificado, Cisne e Santos chamam a atenção, ainda, quanto ao seu caráter funcional ao capital pois “no patriarcado e no racismo encontramos bases para o entendimento da exploração intensificada da força de trabalho, condição central para a reprodução das situações concretas da exploração e das múltiplas opressões” (2018, p.25).

⁵ As autoras criticam o conceito de gênero, bem como o uso da própria categoria, pois a mesma “não comporta em si a dimensão de desigualdade”. Entendem que o sexo não é um dado biológico e, sim, fruto da construção social.

Como pode-se perceber, a articulação, de forma sistêmica, entre um modo de exploração do homem pelo homem, o racismo⁶ e as relações patriarcais de gênero, é útil não só para conservar e manter a ordem desta sociabilidade capitalista, mas também para legitimar as opressões e o controle sobre os corpos e subjetividades humanas. Heleieth Saffioti, socióloga marxista brasileira, em seu livro “Gênero, patriarcado e violência”, também reafirma esse sistema. A autora o considera como espécie de “nó”, em que, segundo ela, “não se trata de somar racismo + gênero + classe social, mas de perceber a realidade compósita e nova que resulta dessa fusão” (2004, p. 115).

O nó também é explicado por Danièle Kergoat, que atribui às relações sociais um caráter de *consustancialidade*⁷. Ou seja, só é possível separar as opressões no sentido de facilitar as análises das mesmas, uma vez que, concretamente, as práticas sociais são indissociáveis. A consustancialidade, segundo a autora, é uma forma de analisar a realidade social, é “o entrecruzamento dinâmico e complexo do conjunto de relações sociais, cada uma imprimindo sua marca nas outras, ajustando-se às outras e construindo-se de maneira recíproca” (KERGOAT, 2010, p. 100). Outra propriedade das relações sociais é a *coextensividade*, que diz respeito à sua capacidade de autoprodução e reprodução, dinâmica e mutuamente.

Sobre essa metodologia de análise, Cisne e Santos explicam que

Apenas a análise de classe limitada a uma visão economicista não é suficiente, ao contrário, muitas vezes, cometeu ou ainda comete equívocos de não considerar a diversidade humana em sua totalidade. Da mesma forma, apenas a análise da condição de sexo seria insuficiente sem considerar a classe e a raça. Assim como a raça sem o sexo e a classe, também não corresponde a análise das desigualdades em sua dinâmica, complexidade e totalidade. Ou seja, não há como isolar nenhuma dessas dimensões umas das outras. (CISNE & SANTOS, 2018, p.85)

Como se pode perceber, as dimensões de classe, raça e gênero, incluindo sexualidade, devem ser examinadas levando-se em consideração o princípio da não hierarquização das opressões. Isto é, “nenhuma relação social é primordial ou tem prioridade sobre outra” (KERGOAT, 2010, p. 99).

Ainda sobre a necessidade de uma compreensão pelo viés da consustancialidade, Ochy Curiel, ativista lésbico-feminista latino-americana, explica

⁶ Embora o escopo dessa pesquisa não apresente as complexidades oriundas do recorte de raça/etnia, é fundamental ressaltar o caráter indissociável das opressões, bem como das lutas (FALQUET, 2012).

⁷ Destaco que embora opte pelo uso da perspectiva da consustancialidade, reconheço as inúmeras contribuições do movimento negro com a proposição da interseccionalidade.

Esta consustancialidad nos da herramientas para entender por ejemplo cómo el mestizaje como ideología nacionalista y homogenizante, tuvo como base fundamental la violación de las mujeres indígenas y negras por parte de los colonizadores, desde una lógica heterosexual que hace que los hombres se apropien de los cuerpos de las mujeres, sobre todo de aquellas cuyos cuerpos son valorados o como mercancías o como meros objetos referidos a la naturaleza. Nos permite entender, el imaginario que existe que en los pueblos indígenas o comunidades negras no deben existir lesbianas, gays o trans porque se trata de una herencia occidental. Es así como se produce la sexualización de la raza o la racialización de la sexualidad, como bien plantea la colombiana Mara Viveros (2009). (CURIEL, 2014, p.20)

Em outras palavras, pensar a realidade e seus fenômenos requer uma perspectiva de totalidade e de superação da imediatividade do real. Isso porque, como destaca Pontes, referindo-se a Marx, a aparência do real não expõe sua totalidade, se o fosse, a ciência seria desnecessária. Esta busca parte no sentido de compreender para além da aparência, a essência desta realidade. (PONTES, 2008)

No vasto campo de estudos de gênero e feminismos, há uma série de divergências sobre o uso das categorias *gênero* e *patriarcado*. Nesta pesquisa utilizarei ambos, em consonância ao pensamento de Saffioti (2004, p. 132) pois “[...] um é genérico e o outro específico dos últimos seis ou sete milênios, o primeiro cobrindo toda a história e o segundo qualificando o primeiro [...]”. Assim, o uso simultâneo dos conceitos permite melhor compreensão das relações entre homens e mulheres.

O patriarcado funciona como um sistema que perpassa as relações sociais e é regido pela “lógica de privilégio e dominação masculinos relacionados à subalternização e à invisibilização das mulheres e do que é considerado e identificado como feminino, a exemplo das travestis e mulheres transexuais” (CISNE & SANTOS, 2018, p. 43). Nesse sentido, a perspectiva patriarcal controla os corpos e sexualidades de mulheres e LGBT, de forma que os mesmos sejam desvalorizados e dominados, cerceados por modelos de ser feminino e masculino. Importante relembrar, ainda, que o sistema patriarcal favorece a manutenção e reprodução da sociabilidade capitalista, já que ao valorizar alguns sujeitos em detrimento de outros serve à exploração da força de trabalho.

Saffioti acrescenta que existe uma economia doméstica sustentando a ordem patriarcal, de forma que os homens asseguram os meios para a sua produção e reprodução diárias da vida social. Nesse sistema, “as mulheres são objetos de satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras” (Saffioti, 2004, p.105). Nesse sentido, a autora defende a importância da nomeação dessa

ideologia da dominação-exploração masculina, bem como usar o conceito *patriarcado*, já que favorece a luta contra a naturalização desse fenômeno.

Essa análise crítica das bases material e sócio-histórica da sociedade é central para este trabalho, visto que busco romper com a naturalização de relações e discursos socialmente construídos, a exemplo da imposição da heterossexualidade. Trata-se justamente de ressaltar que as ideologias de opressão e exploração são determinadas socialmente e baseadas em relações concretas, não se limitando, portanto, ao campo cultural e das ideias (CISNE & SANTOS, 2018).

Outra faceta reproduzida pelo patriarcado é o heterossexismo, que diz respeito à apropriação do corpo da mulher pelo homem e torna legítima e aceitável apenas a vivência heterossexual, por meio da naturalização dos sexos (CISNE & SANTOS, 2018). Esse entendimento foi denominado de “pensamento hétero” pela escritora e feminista lésbica Monique Wittig (1982), que enfatizou a existência de uma “relação obrigatória entre ‘homem’ e ‘mulher’”, a qual será melhor aprofundada no tópico seguinte.

1.2. As existências lésbicas, heterossexualidade e o *continuum* lésbico

For a woman to be a lesbian in a male-supremacist, capitalist, misogynist, racist, homophobic, imperialist culture, (...) is an act of resistance.

(Cheryl Clarke)

“Lésbicas não são mulheres”, afirma Monique Wittig, revolucionando a academia estadunidense no ano de 1978 ao publicar “O Pensamento hétero”. A partir desta famosa afirmativa, reflito a seguir sobre algumas das principais perspectivas teóricas que disputam a temática da sexualidade não heterocêntrica de mulheres. Afinal, o que significa ser lésbica?

A sexualidade há anos vem sendo explorada por diversos campos epistemológicos. Na área das ciências, os estudos perpassam a medicina, psiquiatria, psicologia e teologia, com vieses normativos, de patologização e prescrição. Até meados do século XIX a sexualidade era centrada na reprodução e, com a disseminação das teorias evolucionistas e biológicas, passou-se a legitimar mais fortemente a punição de práticas sexuais divergentes do modelo heterossexual reprodutivo. (CURIEL, 2014).

Valdenízia Bento Peixoto (2018), pesquisadora e ativista lésbica, ressalta que embora as ciências médicas tenham superado a associação da homossexualidade a

patologia, essa noção continua sendo perpetuada pelas frentes religiosas. A autora afirma ainda que por muito tempo a sexualidade foi submetida a processos de repressão por parte do Estado e da sociedade civil.

No entanto, Curiel destaca o papel fundamental de Adrienne Rich e Monique Wittig, teóricas lésbicas feministas, que a partir de uma releitura crítica entenderam a sexualidade “no como prácticas sexuales, sino *producto de una institución y un régimen como lo es heterosexualidad*” (2014, n.p., grifo meu). Esta mesma autora, em seu livro “La Nación Heterossexual”, traz importantes contribuições quanto a noção de heterossexualidade, ao discutir sobre os processos de formação da Nação e suas relações de poder. Relaciona a concepção de família nuclear heterossexual e a de homem e mulher, destacando a urgência de se compreender a heterossexualidade de forma estrutural, articulada à Nação. Assim, enfatiza que as políticas de identidade, apesar de relevantes, não são suficientes (CURIEL, 2017).

Este regime da heterossexualidade diz respeito, basicamente, a apropriação dos corpos, em específico os das mulheres. Remonta, ainda, às relações sociais, políticas, econômicas, subjetivas, interpessoais e suas complexidades. Nesse sentido, Curiel (2017) afirma que o combate a esse regime político da heterossexualidade é de responsabilidade de todos aqueles que almejam a transformação social, pois não se trata apenas de uma questão de lésbicas, gays ou trans.

Seguindo essa mesma linha de pensamento, Wittig argumenta criticamente sobre a existência do discurso que oprime majoritariamente lésbicas, mulheres e homens homossexuais: o da heterossexualidade. Segundo a autora, este discurso opressor não se limita a influenciar ideologicamente o campo das ciências, pelo contrário, “sua ação mais feroz é a implacável tirania que exerce sobre os nossos seres físicos e mentais” (1980, n.p.).

Para enfatizar a violência física produzida pelo discurso da heterossexualidade, Wittig (1980) traz o exemplo da pornografia que constrói o discurso opressor de dominação das mulheres. Este processo se dá por meio dos signos, isto é, imagens, filmes, fotos de revistas e pôsteres de publicidade. Torna-se dominante na medida em que humilha, controla, amedronta e assedia, dizendo: “não tens o direito de falar porque o teu falar não é científico e não é teórico, estás a um nível errado de análise, estás a confundir discurso e realidade (...)” (1980, n.p.). Assim, o pensamento hétero, bem como a relação

heterossexual, são assumidos como intrínsecos à natureza humana, de forma inconsciente e universal. Não passíveis de questionamento e considerados obrigatórios.

A sociedade heterossexual funciona baseada na noção do diferente/outro. É por meio do conceito de diferença – tida como simples questão ontológica – que a dominação é justificada. Inclusive, esse conceito perpassa também os âmbitos econômico, simbólico, linguístico e político, uma vez que sua função é de “ocultar a todos os níveis os conflitos de interesse, incluindo os ideológicos” (WITTIG, 1980, n.p.). Dessa forma, as categorias “homem” e “mulher”, por exemplo, corroboram com o domínio das mulheres pelos homens, visto que a linguagem está vinculada aos campos científicos e políticos.

Como é possível perceber, para Wittig a linguagem constitui-se como um dos elementos centrais do pensamento hétero. Nessa ideologia, os conceitos são produzidos de forma totalizante e carregam significados absolutos, forjando assim formas de “ser-homem” e “ser-mulher”. Por isso, o rompimento desse sistema opressor seria pelo caminho do discurso, com a negação das categorias de manutenção da heterossexualidade, tais como “homem” e “mulher” (WITTIG, 1980). É central na perspectiva da autora o uso dos conceitos de forma estratégica, uma crítica que fica evidentemente expressa ao afirmar que “lésbicas não são mulheres”, impactando os campos teóricos feministas.

Adrienne Rich também foi outra teórica estadunidense a contribuir consideravelmente para uma visão crítica a respeito da heterossexualidade, como uma instituição política. Ao escrever o importante artigo “Heterossexualidade compulsória e existência lésbica”, na década de 1980, Rich almejava chamar a atenção não só de lésbicas, mas principalmente de feministas. Resgata em suas análises os vínculos entre as mulheres, os quais veio a chamar de *continuum lésbico*, isto é, um conjunto de experiências particulares à identificação da mulher (RICH, 1980).

A noção de *continuum* lésbico resgata as vivências de amizade, solidariedade e apoio mútuo, extrapolando o aspecto erótico dos corpos e incluindo não apenas lésbicas, mas todas as mulheres em geral, conforme sublinha Rich:

Considerando a possibilidade de que todas as mulheres existam em um *continuum* lésbico – da criança mamando no seio de sua mãe até a mulher adulta que experimenta sensações orgásticas enquanto sua própria criança está mamando, talvez lembrando o cheiro do leite de sua mãe em seu próprio leite, ou considerando até duas mulheres, tais como Chloe e Olivia, descritas por Virginia Wolf, que dividiam um laboratório, ou, ainda mais, se consideramos até mesmo a mulher que está morrendo aos noventa anos, tocada

e amparada por mulheres – podemos nos ver como a mover para dentro e para fora desse *continuum*, mesmo se não nos identificamos como lésbicas. (RICH, 2010, p.38)

A crítica às feministas é um esforço de romper a perspectiva da naturalização da sexualidade da mulher obrigatoriamente voltada aos homens. Há uma série de elementos que permitem entender de que forma se dá o poder dos homens sobre as mulheres, tais como: a prostituição, o casamento forçado, o estupro, violência física e psicológica. Esses elementos para além de produzirem a desigualdade sexual, reforçam a heterossexualidade.

Rich afirma existir um atraso na produção teórica feminista, visto que a mesma, além de não exercer crítica da orientação sexual compulsória das mulheres, insiste em “tolerar” as lesbianidades, tratando-as simplesmente como um “estilo de vida alternativo”:

A suposição de que “a maioria das mulheres são heterossexuais de modo inato” coloca-se como um obstáculo teórico e político para o feminismo. Permanece como uma suposição defensável, em parte porque a existência lésbica tem sido apagada da história ou catalogada como doença, em parte porque tem sido tratada como algo excepcional, mais do que intrínseco. (RICH, 1980, p.35)

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

1.3. A organização do movimento de lésbicas no Brasil

No Brasil, as lésbicas constituíram o movimento feminista principalmente desde a década de 1970, o período de abertura política (SOARES & SARDENBERG, 2011). No entanto, essa participação foi permeada de conflitos devido às resistências de incorporação das suas demandas pelas feministas.

Gilberta Soares e Cecília Sardenberg (2011) explicam que frequentemente a lesbianidade era silenciada pelo movimento feminista, de forma que a esquerda brasileira,

a academia, a mídia e a sociedade pudessem respeitá-lo. Nessa época, o enfrentamento da ditadura era movido por uma diversidade de manifestações, incluindo a atuação de mulheres vinculadas a partidos políticos e de setores progressistas da Igreja Católica. Enquanto o movimento de mulheres consistia de mulheres de classes populares, relacionadas ao catolicismo, o feminismo contava com a participação das mulheres de classe média, acadêmicas e oriundas do exílio. Independente das diferenças, formou-se uma aliança entre esses grupos empenhados na luta contra a ditadura. No entanto, a reivindicação de temas como aborto, contracepção, prazer e lesbianidade permaneceu silenciada até o final da década de 1970, quando essa aliança foi desfeita.

As autoras relatam que as brasileiras que retornaram do exílio foram inspiradas pelas teóricas feministas francesas, responsáveis pela construção da ideia de mulher universal. Essa noção agregou majoritariamente mulheres brancas, de classe média, intelectuais e heterossexuais, movidas principalmente pelo pensamento de Simone de Beauvoir. Ainda que Beauvoir tenha contribuído com a luta feminista, trouxe uma perspectiva do ser-lésbica baseada nas ciências “psi”, entendendo a sexualidade com um viés patologizador e de controle. (SOARES & SARDENBERG, 2011)

Na década de 1990, o feminismo continuou resistindo à agenda política da lesbianidade. Foi fortemente criticado pelas ativistas lésbicas devido à centralização da temática dos direitos reprodutivos e de saúde da mulher, na fase de captação de recursos financeiros para o subsídio dos trabalhos. Sendo assim, nota-se que o próprio feminismo corroborou para a manutenção da invisibilidade de lésbicas e suas questões. Inclusive, pode-se dizer que

O questionamento à heterossexualidade obrigatória não teve espaço na formulação epistemológica e na agenda política do movimento feminista brasileiro, tendo sido priorizada a agenda relacionada às vivências de mulheres heterossexuais, como a contracepção, o aborto, a esterilização, a gravidez, o parto⁸. A constituição de lésbicas como sujeito político feminista foi tardia e a visibilidade das questões lésbicas no movimento feminista ainda é tênue” (SOARES & SARDENBERG, 2011, p. 6)

Nesse sentido, é imperativo que o movimento de lésbicas continue reivindicando seus espaços e locais de fala entre os movimentos feministas, uma vez que a invisibilidade e o silenciamento se reproduzem até os dias de hoje. Além disso, destaco que a crítica e o questionamento do sistema da heterossexualidade obrigatória se constituem como uma

⁸ As autoras ressaltam que as questões relacionadas a gestação e maternidade foram consideradas pautas exclusivas de mulheres heterossexuais, uma vez que esses recursos tecnológicos e o próprio debate incluindo lésbicas é recente no Brasil.

das principais forças do movimento, inclusive no que tange o acesso de direitos e políticas sociais e a afirmação da identidade política lésbica.

Foi central para o desenvolvimento deste trabalho a dissertação de mestrado de Irina Karla Bacci, intitulada “Vozes lésbicas no Brasil – A busca e os sentidos da cidadania LGBT no Brasil” (2016). Em sua pesquisa Bacci apresenta o caminho percorrido pelo movimento de lésbicas brasileiro, desde a sua gênese até os dias atuais, ao ressaltar as vozes e vivências de militantes lésbicas históricas. Sua importância se dá na medida em que a história das lesbianidades é uma história mal contada, segundo hipótese da própria autora.

Conforme já ressaltai anteriormente, escrever e pesquisar sobre a sexualidade não heterocêntrica de mulheres é um ato político de resistência contra os sistemas de dominação heterossexistas e, acima de tudo, como expressaram as primeiras militantes, é uma luta pela democracia. Nesse sentido, a retomada da história dos movimentos lésbicos brasileiros é imprescindível à continuidade de suas narrativas.

A primeira forma de organização lésbica partiu das mulheres integrantes do Somos, que formaram um subgrupo chamado Lésbico-Feminista (LF) em junho de 1979. As lésbicas que o fundaram foram responsáveis, inclusive, pela autoria do jornal *Chanacomchana*, lançado em 1981. O artigo “Democracia também para lésbicas: uma luta no Ferro’s Bar”⁹ escrito pela jornalista Vanda Frias e publicado no número 4 deste jornal, em agosto de 1983, destaca que:

A militância pela democracia não se restringe aos trabalhadores, seus sindicatos e seus partidos políticos, mas se estende ao cotidiano: às ruas, aos bares, às escolas, ao trabalho, às camas, aos jardins, aos mercados. Em suma, ao dia-a-dia mais "corriqueiro e banal" de todas (os) cidadãs (ãos). É assim que esperamos ir construindo a verdadeira democracia e o verdadeiro socialismo. Sem todas as hierarquias e poderes que sufocam há milhares de anos, desde a pré-história, a existência, a alegria e o prazer dos seres humanos. Nessa luta em constante movimento e transformação, as lésbicas têm um papel importante a desempenhar. Desde Safo - poetisa grega que fez alguns dos mais lindos versos de amor pelas mulheres e que, vivendo na ilha de Lesbos deu origem a palavra com qual orgulhosamente nos denominamos - as lésbicas não tiveram voz e foram oprimidas. O resgate dessa história, dos versos perdidos em livros malditos, dos beijos que nunca puderam ser dados à luz do dia, do amor que nunca pode ser declarado à amiga com medo de perdê-la para sempre. Tudo isso e muito mais faz hoje nossa alegria de viver e de lutar. (BOLETIM CHANACOMCHANA 4, 1983, s.p.)

⁹ Disponível em: <<https://www.umoutroolhar.com.br/2018/08/19-de-agosto-primeira-manifestacao-lesbiana-contra-discriminacao-no-brasil.html#more>>. Acesso em 21/08/2018.

Nesse texto, Frias narra o histórico episódio da primeira manifestação de lésbicas contra a discriminação, ocorrida em 19 de agosto de 1983 – que veio a culminar na consagração da referida data como o “Dia do Orgulho Lésbico” brasileiro. A manifestação protagonizada pelas mulheres se deu em virtude das sucessivas agressões do proprietário do bar contra as militantes que, por sinal, frequentavam assiduamente o espaço. A situação piorou em 23 de julho, dia em que as lésbicas foram expulsas do Ferro’s ao tentarem vender o *Chanacomchana*.

Fotografia 1 – Rosely Roth na ocupação do Ferro’s Bar.



Fonte: Um Outro Olhar (2018)

Destaco a força das lésbicas militantes que frequentavam o Ferro’s pois as suas palavras, ainda que proferidas há mais de 30 anos, continuam a representar muito bem os anseios atuais do movimento. Além disso, reforçam a importância da reafirmação cotidiana da identidade política *lésbica* em meio às opressões de uma sociedade capitalista-racista-patriarcal-heterossexista.

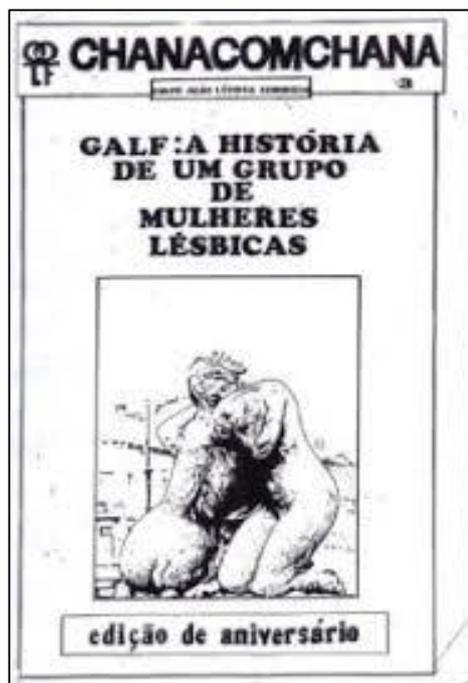
Conforme já mencionado, é no período da ditadura que diversos movimentos sociais, dentre eles os feministas, de mulheres e o “homossexual”, se organizam em forma de protesto contra a ordem vigente em busca de um novo projeto societário. É nesse contexto que o movimento de lésbicas tem origem, em meio às pautas gays e feministas. Green (2000) afirma que as lésbicas embora numericamente inferiores no movimento, desempenharam importante papel de liderança.

O GALF – Grupo de Ação Lésbica Feminista, desde seu princípio provocou muita polêmica. A própria decisão das lésbicas de buscar autonomia do Somos foi considerada um ato separatista, divisionista e radical. No entanto, de fato havia uma diferença marcante entre “ser uma mulher lésbica em nossa sociedade falocrática e ser um homem

bicha nessa mesma instituição” (CHANACOMCHANA, 1983, 3). É nesse momento, com a tomada de consciência da opressão de ser mulher, que as lésbicas se aproximam do feminismo, local onde mais embates as aguardavam. A briga agora seria outra: “se dentro do movimento homossexual brigávamos contra o sexismo, no movimento feminista íamos começar a brigar contra o heterossexismo (briga que dura até hoje)” (CHANACOMCHANA, 3)

O *Boletim Chanacomchana*, publicado inicialmente em formato de jornal, representou grande vitória contra as discriminações, era um espaço destinado aos sentimentos, ideias e críticas das militantes, bem como um importante canal de comunicação e mobilização de todas mulheres lésbicas. (CHANACOMCHANA, 1983, 3) Tratava-se de ressaltar as existências lésbicas que sofriam o silenciamento dos movimentos feminista e “homossexual”.

Imagem 1 – capa da 3 edição do *Boletim Chanacomchana*



Fonte: Acervo Bajubá

Outro episódio marcante de perseguição à população LGBT na ditadura foi a chamada “Operação Sapatão”, comandada pelo delegado José Wilson Richetti, no dia 15 de novembro de 1980. O alvo dessa vez eram as militantes lésbicas que frequentavam os bares de São Paulo, como o Ferro’s Bar, Último Tango, Canapé e Cachação, localizados na Rua Martinho Prado (OLIVEIRA, 2017). Em uma reportagem do jornalista Omar Cupini Júnior, tem-se registros do ocorrido:

Parece que a gente tem uma estrela na testa. Eles me levaram pra dentro do Cachação e fui logo mostrando meus documentos. Mas o policial disse: não interessa documento, você é sapatão! (...) Primeiro me colocaram numa cela com mais 50 pessoas e mais tarde houve uma seleção. Quem tivesse boa aparência, estivesse bem vestido, era tirado pra outra cela. Junto ao policial que fazia essa escolha estava uma lésbica que conhecia a turma presa e ajudava na triagem. (COLAÇO, 2009, p.1)

No cenário de repressão e perseguição da ditadura, algumas militantes se destacaram na busca pela visibilidade lésbica.

Rosely Roth nasceu em 21 de agosto de 1959 e, juntamente com Miriam Martinho, fundou o Grupo Ação Lésbica Feminista. É conhecida por sua presença e atuação marcantes no movimento, tanto na organização de debates com outros movimentos e articulação de congressos e manifestações, quanto publicamente lésbica na mídia brasileira. As aparições de maior destaque na mídia foram no programa da apresentadora Hebe Camargo, onde Rosely debateu abertamente sobre ser lésbica, causando grande repercussão na imprensa (MARTINHO, 2018). Completados quase 30 anos da despedida de Rosely Roth, torna-se imprescindível resgatar as contribuições e memórias que fizeram parte de sua existência.

Imagem 2 – Matéria da Folha de São Paulo, que retrata a polêmica da aparição de Rosely Roth no programa da apresentadora Hebe Camargo



Fonte: Folha de São Paulo, 01/06/1985

Cassandra Rios, nascida em 1932, foi a primeira escritora a publicar livros sobre lesbianidades, tendo sua primeira publicação aos 16 anos. Ao longo de sua trajetória publicou um total de cerca de 50 livros, porém por tratar da sexualidade de forma transgressora à norma, teve boa parte de suas obras censuradas na ditadura. Esse fato, no entanto, não a impediu de fazer sucesso no campo literário e se consolidar como a primeira escritora no Brasil a vender 1 milhão de exemplares (BACCI, 2016). Infelizmente, nos últimos dias de sua vida Cassandra sofreu bastante devido a um câncer de pulmão que a deixou bem debilitada, conforme as palavras de Yáskara, uma das entrevistadas de Bacci:

A última fotografia que ela tirou foi um mês antes dela morrer, ela estava mal, mal, mal, ela queria comer frutos do mar, num restaurante perto da Avenida Paulista, e lá tiramos algumas fotos, ela já tava bem abatida, já sabia que ia morrer, ela sabia. Outra coisa que me aborreço profundamente sempre eu penso nisso, Cassandra escreveu uma espécie de biografia, Flores e Cassis, e ela cita ali uma porção de pessoas importantes, até pessoas que ela mantinha relacionamento, tatatá, mas Cassandra morreu muito pobre, sem ninguém, todo mundo virou as costas, a única pessoa que não virou as costas foi Luiza Erundina [...]. (BACCI, 2016, p. 43)

Cassandra Rios veio a falecer em São Paulo, no ano de 2002, na data em que se comemora o dia internacional da mulher.

1.4. Resistências e narrativas lésbicas contemporâneas

O fim da ditadura militar possibilitou que se constituíssem os primeiros diálogos com o Estado. Estes vieram a acontecer quando se percebeu que a epidemia do HIV era de fato uma questão de saúde pública. (ALMEIDA, 2010)

O primeiro caso de Aids se deu em São Paulo, confirmado no ano de 1982. A doença teve crescimento altíssimo entre os homossexuais e ficou conhecida como a “peste gay” ou “câncer gay”. Assim, pela via do Ministério da Saúde o governo criou o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e Aids, em 1986. O surgimento da epidemia trouxe à tona a discussão das sexualidades, oportunidade em que o movimento homossexual pôde pensar em políticas públicas progressistas, em defesa da diversidade sexual (BACCI, 2016).

A partir dos anos 1990 nota-se que são formados uma série de grupos de lésbicas e bissexuais, que vieram a se constituir em ONGS. Grande parte foi vinculada a entidades exclusivas de lésbicas, como a Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) e a Associação Brasileira de Lésbicas (ABL). A disseminação das ONGS nesse período diz respeito ao

avanço do neoliberalismo no Brasil, que atribui a execução de políticas públicas à sociedade, na medida em que isenta o Estado de suas responsabilidades. (ALMEIDA,2010)

Os avanços do movimento de lésbicas com o Estado foram considerados pelas militantes como estratégicos. Foi por meio dessa interlocução que elas conseguiram recursos financeiros para organizar o I Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE), em 1996, ocorrido no Rio de Janeiro. Esse evento teve muita importância historicamente, visto que foi a partir dele que se começou a desenhar uma política de saúde sexual para lésbicas e bissexuais, que à época era inédita no Brasil. (ALMEIDA, 2010)

Regina Facchini (2010) sinaliza algumas conquistas obtidas com a interlocução do movimento de lésbicas e o Estado: a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM); a construção do Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM); e a formulação do Programa Brasil sem Homofobia, via Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH). No entanto, a autora ressalta que apenas no que tange a saúde e a violência, as lésbicas tiveram suas especificidades reconhecidas.

Na I Conferência Nacional GLBT realizada em 2008, o movimento social deliberou pela mudança da sigla. Com o objetivo de dar visibilidade às lésbicas, a letra L muda de lugar e a sigla oficial passa a ser “LGBT”. No entanto, os estudos e o próprio movimento de lésbicas já vêm sinalizando que essa simples alteração não resultou em melhoras significativas, é preciso que se faça mais (ALMEIDA, 2010).

CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA LÉSBICAS

Os processos de saúde-doença há muito são objeto de investigação humana. De fato, observo que ao longo da história esse entendimento não se deu de forma linear, uma vez que os conhecimentos e práticas de saúde foram desenvolvidos em meio aos “avanços e retrocessos, idas e vindas das crenças e dos modelos dominantes” (CARVALHO & BUSS, 2009, p. 142). Mesmo antes da concepção das primeiras políticas públicas de saúde, ocorrida no século XVII¹⁰, já havia a preocupação de se compreender a causalidade de doenças e como intervir nas mesmas (CARVALHO & BUSS, 2009).

No Brasil, a saúde, caracterizada como um direito universal e de responsabilidade do Estado, foi uma conquista obtida em decorrência do processo de redemocratização do país e assegurada na Constituição Federal de 1988¹¹. Essa conjuntura da década de 1980, no que tange à saúde, escopo desta pesquisa, é marcada pela disputa entre dois projetos antagônicos. De um lado havia a defesa dos ideais da Reforma Sanitária¹², tais como a democratização do acesso, universalidade de ações e descentralização do controle social. Do outro lado, o interesse era na privatização dos serviços de saúde, defendido principalmente pela indústria farmacêutica internacional e pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) (VASCONCELOS et al., 2012).

Foi dessa disputa que se consolidou a política de saúde universal. A articulação da mesma foi realizada por meio de um sistema unificado, o Sistema Único de Saúde¹³ (SUS), regulamentado pela lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde (VASCONCELOS et al., 2012).

¹⁰ As primeiras políticas públicas de saúde foram desenvolvidas durante a consolidação dos Estados Nacionais, quando a população passa a ser um bem do Estado. Nesse período, quanto maior a população, maior seria o poderio militar do Estado. Assim, a saúde se torna prioridade do cuidado público, majoritariamente em termos de políticas de proteção contra riscos sociais e ambientais, do que políticas de assistência (CARVALHO & BUSS, 2009).

¹¹ Importante ressaltar que esta Constituição é considerada a mais progressista em termos de proteção social, uma vez que propõe a Seguridade Social: tripé que abrange além da Saúde, Previdência Social e Assistência Social (VASCONCELOS, 2012).

¹² O Movimento de Reforma Sanitária era composto por profissionais da saúde, estudantes e pesquisadores, que na década de 1970 pensavam não só a democratização da saúde, mas também um novo projeto societário (PAIM, 2015).

¹³ O Sistema Único de Saúde é constituído por um “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990). Dentre as suas diretrizes, são as principais: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988)

A referida legislação contribuiu principalmente para que a definição de saúde fosse repensada. A partir de então a saúde adquiriu um significado ampliado, passando a contemplar diferentes níveis, conforme os termos da própria Lei:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990, s.p.).

Assim, como é possível perceber, a noção de saúde revela um sentido social, coletivo e dinâmico, que ultrapassa a visão exclusivamente biomédica e individualista perpetuada historicamente, da simples ausência de doença. Em consonância, a apreensão da categoria *determinantes sociais em saúde* provoca refletir “as relações entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos com a sua situação de saúde” (ROCHA; DAVID, 2014), ou seja, uma visão ampliada de saúde.

Entretanto, conforme aponta a pesquisadora Tatiana Lionço (2008),

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

A autora afirma que, com o intuito de se obter a universalidade do acesso a saúde, é necessário a formulação de políticas públicas especializadas, voltadas às populações vulneráveis, como por exemplo a de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

É justamente no âmbito da saúde em que se percebem as principais demandas de políticas públicas da população LGBT. No entanto, os estudos sobre a diversidade sexual e de gênero demonstram que historicamente a medicina investiu em processos patologizadores contra esses sujeitos. Desde 1990 a homossexualidade não é mais considerada doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, ainda assim, passados quase 30 anos desse marco histórico, persistem sob esses sujeitos os olhares de patologização (DUARTE, 2014). Trata-se de forte evidência da hegemonia heterossexual tida como “normal”, “natural”, conforme discutido no capítulo anterior.

Neste trabalho, ressalto a particularidade da saúde das mulheres lésbicas, grupo ao qual as políticas e ações de promoção de equidade constituem-se essenciais para a universalização do acesso a saúde. Haja vista as suas necessidades específicas e agravos da saúde oriundos da lesbofobia, é fundamental que sejam trabalhadas “estratégias de

acolhimento e atenção específicas, de acordo com as particularidades dos sujeitos que buscam os serviços de saúde” (LIONÇO, 2008).

Dessa forma, o objetivo deste capítulo é refletir sobre as demandas em saúde¹⁴ de mulheres lésbicas, analisando a visibilidade das mesmas no âmbito das políticas públicas brasileiras. A partir da leitura crítica dos documentos governamentais da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – PNAISM, lançada em 2004, e da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, de 2012, busco analisar de que forma são apresentadas a identidade *lésbica*, bem como suas especificidades. Optei por enfatizar aspectos da saúde exclusivamente de mulheres lésbicas, pois existem outras complexidades no que tange à saúde de mulheres bissexuais. Reconheço que essa população também sofre inúmeros processos de apagamento e exclusão, os quais deverão ser estudados em outro momento. Por fim, ressalto as principais dificuldades enfrentadas por essas mulheres no que se refere aos cuidados em saúde, bem como os avanços conquistados e os desafios que ainda permanecem.

Nesse sentido, alguns questionamentos me motivam a estudar a dimensão da saúde de mulheres lésbicas, os quais são centrais para minhas leituras críticas das referidas políticas. Qual a noção de saúde? Como é entendida a mulher lésbica? E a sexualidade é levada em conta, inclusive para além do modelo heterossexual? A saúde se restringe ao âmbito sexual, ou é vista na perspectiva de totalidade da sujeita? Quais são as ações concretas que foram desenvolvidas para atender as especificidades de lésbicas?

2.1 Políticas de saúde para mulheres: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM)

As políticas públicas de saúde para mulheres encontram-se em processo de construção e aprimoramento até os dias de hoje. Isso porquê, até a década de 1970 os cuidados de saúde das mulheres eram centrados basicamente na reprodução e os programas do Estado se restringiam às questões materno-infantis (MEDEIROS & GUARESCHI, 2009).

¹⁴ Neste trabalho não discutirei de forma aprofundada a história da política de saúde brasileira, devido aos limites desta pesquisa. Sobre o desenvolvimento da política de saúde no Brasil, conferir MOTA (2006)

Essa perspectiva é reflexo do sistema heteropatriarcal-capitalista, discutido no capítulo anterior deste trabalho. O lugar da mulher é delimitado ao âmbito privado, do lar, onde, inserida numa relação heterossexual, sua função é doméstica: cuidar da casa, cozinhar para o marido e, o principal, gerar os filhos. Esse trabalho doméstico não remunerado, realizado pelas mulheres, é objeto de crítica e estudo de Silvia Federici (2017) em seu livro intitulado “Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva”.

No entanto, já na década de 1960 as mulheres se manifestam contrárias a esse papel de maternidade, saindo de casa e procurando a inserção no mercado de trabalho. A busca pela cidadania, aliada às reivindicações de controle de fecundidade, anticoncepção e sexualidade plena, foram centrais para o desenvolvimento de políticas de acesso à métodos de contracepção. Porém os investimentos na saúde pública foram baixos e, somados ao crescimento da medicina privada no fim dos anos 1970, não resultaram em melhoras significativas na saúde da população (FERREIRA & SALES, 2017).

É importante ressaltar que o fortalecimento dos movimentos feministas, ainda na década de 1970, foi fundamental para que houvesse a discussão de temas até então não tratados amplamente, como por exemplo: direitos sobre seus corpos, sobre suas sexualidades e direitos políticos. Esses debates, por sua vez, proporcionaram a inserção dessas temáticas no PAISM, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, desenvolvido no ano de 1983, consagrando-se como marco histórico para os movimentos feministas e da Reforma Sanitária (REZENDE, 2011).

O Programa significou avanço ao reconhecer que, até então, a saúde da mulher era restrita quase exclusivamente aos cuidados relativos ao “período gravídico-puerperal”. Embora admita a crescente entrada das mulheres no mercado de trabalho, ainda vincula a noção do doméstico, ao destacar “seu papel fundamental no núcleo familiar” (BRASIL, 1984, p. 5).

A proposta do Programa para a melhora da atenção à mulher era de articular os serviços de saúde aos esforços dos três âmbitos do governo: federal, estadual e municipal. No entanto, apesar de enfatizar o compromisso a uma perspectiva integral de assistência, as ações em sua maioria eram voltadas às questões reprodutivas. Dentre os 8 (oito) objetivos programáticos do PAISM, apenas 1 (um) deles não se refere explicitamente ao sentido materno e/ou sexual das mulheres: “Implantar ou ampliar as atividades de

identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo” (BRASIL, 1984, p. 17).

Segundo o Programa, a assistência à saúde da mulher se daria de forma integral, a partir de um “conjunto de ações, educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação [...] tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população feminina” (BRASIL, 1984, p. 18). Os conteúdos programáticos do PAISM, entretanto, estão majoritariamente alinhados à perspectiva de uma saúde da mulher estritamente reprodutiva. Suas atividades foram subdivididas em: assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato (BRASIL, 1984).

O PAISM também se constituiu como um marco histórico para as políticas públicas, visto que levava em consideração o conceito de *integralidade* “que passa a ser vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde” (MEDEIROS & GUARESCHI, 2009, p. 39). A integralidade veio a ser uma das diretrizes centrais do SUS, conforme afirma Paim (2015), no *e-book* interativo “O que é o SUS?”¹⁵. A chamada “integralidade da atenção” engloba, tanto ações preventivas e curativas, quanto individuais e coletivas. Além disso, diz respeito também à continuidade do atendimento, quando necessário, em diferentes níveis: atenção básica, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar.

Em resumo, o PAISM

Reconheceu que as pessoas têm o direito à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham, como indivíduos ou casais, e rompeu o paradigma materno-infantil elaborados nas décadas de 1930, 50 e 70, onde a mulher era vista como produtora e reprodutora de força de trabalho. Para que o direito à livre escolha aos padrões de reprodução pudesse ser exercido, os indivíduos deveriam ter conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação, e ter acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim desejar, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, conseqüentemente, ter plenitude ao planejamento da prole (FERREIRA & SALES, 2017, p. 61).

Assim, conforme é possível perceber, apesar dos seus limites em termos de objetivos e conteúdos programáticos, o Programa proporcionou avanços relevantes. Entretanto, suas ações não se concretizaram conforme o planejado, devido à não priorização e enfraquecimento do setor público de saúde, situação que se agravou ainda mais na década de 1990 com o avanço do neoliberalismo (REZENDE, 2011).

¹⁵ Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em: 05/05/2018.

Nesse contexto, ao retomar a história já vista neste trabalho sobre a organização dos movimentos da diversidade sexual, destaco que, à época do PAISM, já existiam os primeiros grupos organizados de mulheres lésbicas. Conforme mencionado, uma série de conflitos perpassavam a atuação de lésbicas, em meio a luta por visibilidade entre os movimentos feministas e “homossexuais” naquele período. Além disso, outro obstáculo enfrentado pelas lésbicas era a perpetuação da noção engessada de família nuclear heterossexual, centrada no modelo de reprodução.

Logo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, de 1983, nem sequer considerou a existência de mulheres lésbicas, que dirá as suas necessidades. Suas demandas de fato só ganharam força na década de 1990, quando houve a organização dessas mulheres em Organizações Não Governamentais e, a partir daí, foram traçando um diálogo inicial com o Estado.

No ano de 2004, a equipe da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, desenvolveu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Sua construção se deu em parceria com diversos setores da sociedade, tais como o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Dentre as principais contribuições do documento, destaco: a perspectiva de gênero; os princípios da integralidade e da promoção da saúde; os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos; e a atenção às especificidades e necessidades de grupos historicamente alijados de políticas públicas (BRASIL, 2004).

O enfoque de gênero é um dos diferenciais da referida Política. A partir dessa ótica, há o reconhecimento dos impactos que as desigualdades de poder entre homens e mulheres exercem na saúde. A situação das mulheres é evidenciada: estão em maior número vivendo em situação de pobreza, são as que trabalham mais horas e as que gastam mais tempo em atividades não remuneradas. Assim, o acesso aos bens sociais, principalmente aos serviços de saúde, é comprometido. Nesse sentido, no que se refere à formulação de políticas públicas, a PNAISM considera central a dimensão de gênero como um dos determinantes da saúde, uma vez que

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a

incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2004, p.13).

Dessa forma, para além da perspectiva de gênero, é importante destacar também o resgate da pluralidade e diversidade populacional, a multiplicidade dos sujeitos. De fato, essa perspectiva constitui-se em avanço, visto que rompe com a noção universalizante de mulher contida no PAISM, de 1983. Além disso, a menção aos “padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte” remete aos determinantes sociais de saúde já citados, isto é, os diversos fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam os processos de saúde-doença.

Ainda que a orientação sexual – junto da classe social, raça, etnia e idade – seja considerada mais um fator que aprofunda a situação de desigualdade social das mulheres, a discussão sobre a saúde de mulheres lésbicas não ocupa sequer uma página inteira no documento da PNAISM. Há referência direta às demandas apresentadas no V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas, de 2003, porém as mesmas são apresentadas de forma superficial e introdutória.

Sobre a identidade lésbica, a Política chama a atenção quanto ao “entendimento de que *as mulheres lésbicas também são mulheres* e, portanto, devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde da mulher” (BRASIL, 2004, p. 49, grifo meu). No que se refere à saúde de lésbicas, as necessidades apresentadas são predominantemente centradas no aspecto ginecológico: alerta ao câncer de colo de útero e de mama; a vulnerabilidade das lésbicas profissionais do sexo pela exposição às DST e aids; e o acesso à inseminação assistida pelo SUS. Ainda cita os casos de violência intrafamiliar contra adolescentes lésbicas e o despreparo dos profissionais de saúde, que frequentemente partem do pressuposto que a vida sexual das mulheres seja exclusivamente heterossexual (BRASIL, 2004).

Apesar das críticas sobre o tímido e tardio debate da saúde de mulheres lésbicas na PNAISM, enfatizo que este espaço, por menor que seja, representa conquista importante para o movimento de mulheres lésbicas. Trata-se do reconhecimento da identidade lésbica, da legitimidade das suas reivindicações, da continuidade do diálogo entre o movimento social e o Estado.

A referência às mulheres lésbicas aparece também nas Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em dois momentos. O primeiro diz respeito à abrangência da Política:

A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, *de orientação homossexual*, com deficiência, dentre outras) (BRASIL, 2004, p.63, grifo meu)

No segundo momento, a ênfase é nas relações pessoais e nos atendimentos nos serviços de saúde:

A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, *de diferentes orientações sexuais*, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde (BRASIL, 2004, p.64, grifo meu).

Embora esteja previsto nas Diretrizes o reconhecimento das especificidades de saúde de mulheres lésbicas, o mesmo não se observa nos Objetivos Específicos e Estratégias da PNAISM, parte em que são descritas as ações a serem executadas, uma das mais importantes. Neste item constam objetivos específicos para a promoção da saúde de mulheres no climatério, idosas, negras, trabalhadoras do campo e da cidade, indígenas e mulheres em situação de prisão. Apenas a situação de mulheres lésbicas não é pontuada. Diante desse fato significativo, é imprescindível questionar: qual o sentido da visibilidade conquistada pelo movimento de mulheres lésbicas?

2.2 A diversidade sexual como um determinante social: a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (2012)

Conforme já sinalizado, os estudos teóricos de gênero e sexualidade demonstram que a saúde é umas das principais demandas da população LGBT. As primeiras ações do Estado, em termos de políticas públicas, foram realizadas frente à eclosão da epidemia de HIV/Aids no Brasil. No ano de 1988 houve a criação do Programa Nacional de DST e Aids, vinculado ao Ministério da Saúde. Nesse contexto histórico é importante ressaltar a atuação de algumas ONGs que à época foram consideradas referências na luta pelos direitos das pessoas soropositivas: o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA), a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e o Grupo Pela Vidda

(Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids). Além disso, houve ainda a criação de programas de prevenção e controle da Aids em vários estados do Brasil, que em parceria com grupos organizados do movimento social, se anteciparam ao Governo Federal (SIMÕES & FACCHINI, 2009).

O processo de redemocratização e da conquista da Constituição Cidadã foram essenciais para a garantia dos parâmetros de saúde deliberados na histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986. O novo entendimento da saúde aparece então no Art. 196 como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, s.p.). Além disso, outros artigos que merecem destaque são os Art. 1º e V, por tratarem da dignidade humana, da igualdade perante a lei e da inviolabilidade dos direitos à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988).

No ano de 2004, com o lançamento do Programa Brasil Sem Homofobia, algumas ações foram pensadas para viabilizar o direito à saúde de “GLBT”, como era chamado o movimento à época. Dentre as ações mais importantes presentes no Programa, está a formalização de um Comitê Técnico sobre a “Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”. Com vinculação ao Ministério da Saúde, o Comitê teria como objetivo principal a formulação de uma Política Nacional de Saúde para essa população (BRASIL, 2004). Assim, por meio da Portaria nº 2.227, de 14 de outubro de 2004¹⁶, o Comitê foi criado.

Nos anos seguintes alguns eventos relevantes viriam a acontecer, de forma a contribuir para os processos de construção da Política de Saúde LGBT: a realização do “Seminário Nacional de Saúde da População LGBT na Construção do SUS”, ocorrido entre os dias 15 a 17 de agosto de 2007; a representação oficial do Ministério da Saúde na histórica I Conferência Nacional “GLBT”, em 2008; e a instituição da Comissão Inter setorial de Saúde da População LGBT¹⁷, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, em 2009 (SENA & SOUTO, 2017).

¹⁶ Importante destacar que a referida portaria redefiniu a composição do Comitê Técnico, uma vez que revogou a Portaria nº 880, de 13 de maio de 2004, a qual não incluía a participação de representantes do movimento “GLBT” (SENA & SOUTO, 2017).

¹⁷ Por meio da Resolução CNS nº 410, de 12 de fevereiro de 2009.

Outro passo importante dado pelo SUS, segundo Lionço (2008), foi a publicação da “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, em 2009. Esse documento é importante referência, pois preconiza em seu artigo 4º o direito de todos ao atendimento humanizado e acolhedor em saúde:

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, *livre de qualquer discriminação, restrição ou negação* em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, *orientação sexual, identidade de gênero*, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (...). (BRASIL, 2012, p.13, grifo meu)

Além disso, a Carta dos Direitos da Saúde inclui a orientação sexual e a identidade de gênero, reforçando que as mesmas não devem ser motivo de discriminação, restrição ou negação nos atendimentos e serviços de saúde.

Após a sua aprovação, no ano de 2009, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem sua publicação em 2011, através da Portaria nº 2.836 de 01 de dezembro de 2011, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Sua construção contou com intenso processo de participação de diversas lideranças, técnicos e pesquisadores, passando por consulta pública antes de finalmente ser aprovada (BRASIL, 2012).

A Política pode ser considerada uma iniciativa que visa proporcionar mais equidade no SUS, tendo como marca “o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT” (BRASIL, 2012, p. 08). Uma das suas principais contribuições diz respeito a constatação de que as formas de discriminação e preconceito oriundas das homofobias – lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia – devem ser consideradas determinantes sociais de sofrimento e doença. O documento ressalta ainda que, de fato, o sofrimento mais profundo é o decorrente da discriminação e preconceito. Estes, por sua vez, constituem o maior desafio a ser superado, visto que exigem da sociedade mudanças profundas de valores e o resgate do respeito às diferenças (BRASIL, 2012).

Sobre a saúde de mulheres lésbicas, a Política resgata o “Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade”, publicado pela Rede Feminista de Saúde, em 2006. Apresenta importantes dados sobre a desigualdade do acesso aos serviços de saúde por mulheres lésbicas e bissexuais, fala sobre a omissão da orientação sexual no atendimento médico e a baixa realização dos exames preventivos de câncer cérvico uterino, aspectos que serão tratados mais adiante.

Dentre os 24 objetivos específicos da Política de Saúde LGBT, destaco os seguintes:

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

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

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

Como é possível perceber, o aspecto ginecológico da saúde está presente, porém sob uma nova ótica: considerando as especificidades de mulheres lésbicas, como uma forma de romper os mitos sobre os exames serem dispensáveis e sobre uma suposta “imunidade” das lésbicas às DST. Aliás, muito pelo contrário, o entendimento transmitido é de que lésbicas também tem direito aos referidos exames e que precisam de tratamento qualificado.

Além disso, é importante enfatizar a atenção direcionada às questões relacionadas à saúde mental como, por exemplo, a drogadição, alcoolismo, depressão, suicídio e até mesmo promoção da autoestima. Estes elementos, pensados para a saúde da população LGBT no geral, merecem evidência, visto que tem o potencial de trabalhar não só o sofrimento, mas também o fortalecimento desses sujeitos.

Outro avanço da Política é a nomeação e as referências à lesbofobia. Essa denominação é uma forma importante de reconhecer as discriminações contra lésbicas e o caráter diferenciado desses fenômenos, que carregam os traços do patriarcado como o machismo e o heterossexismo.

Apesar dos inúmeros progressos conquistados pela Política, seu Plano Operativo (2012-2015) deixa a desejar no que se refere às especificidades de saúde de mulheres lésbicas. O objetivo do Plano consiste em apresentar estratégias tanto no âmbito federal, quanto no estadual e municipal de gestões, para que haja o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde da população LGBT para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2012).

O Plano Operativo possui 4 eixos: Eixo 1 – Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; Eixo 2: Ações de promoção e vigilância em saúde para a população

LGBT; Eixo 3 - Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; Eixo 4 - Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT. Dentre todas as estratégias e ações propostas nos 4 eixos, não existe nenhuma que trate propriamente das necessidades de mulheres lésbicas.

É importante enfatizar que não estou desmerecendo todos os avanços oriundos da construção da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. De fato, a referida política é um marco para as políticas públicas de saúde brasileiras, pois contou com a contribuição intensa da sociedade civil, num processo importante de participação social. Na verdade, os questionamentos e críticas são fundamentais tendo em vista a histórica invisibilidade de mulheres lésbicas que também perpassa o campo da saúde, como foi possível perceber.

Esse cenário de invisibilidade já vem sendo pontuado e criticado pelo movimento brasileiro de lésbicas. Conforme apresento a seguir, há muitos discursos e práticas em saúde a serem problematizados e desconstruídos.

2.3 O direito à saúde, desafios e limites do acesso

Ao realizar pesquisa no *Scientific Electronic Library Online – Scielo* utilizando as palavras-chave “lésbicas” e “saúde”, o resultado é de 6 artigos científicos, sendo 5 deles sobre promoção da saúde, cuidados ginecológicos e DST. O resultado é de 9 trabalhos quando procuro por “homossexualidade feminina” e “saúde”, destes, 7 não se repetem na busca anterior. Assim, diante de resultados tão escassos, fica evidente que a invisibilidade também perpassa a produção científica sobre a saúde de lésbicas.

Neste escasso rol de estudos, a saúde é uma das temáticas mais trabalhadas, desde que as demandas de lésbicas passaram a ser incorporadas em políticas públicas, por volta do final da década de 1990. Tratavam-se de ações incipientes, focadas em sua maioria na saúde e realizadas majoritariamente por instituições da sociedade civil, de forma desarticulada e descentralizada (BACCI, 2016).

No ano de 1996, o já mencionado Programa Nacional de DST/Aids criou o Grupo Matricial. Neste espaço foram realizados os primeiros encontros para a discussão da saúde de lésbicas, produção de pesquisas e capacitação de lideranças (BACCI, 2016). Algumas ações educativas também foram realizadas na área de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis como, por exemplo, a elaboração de folhetos, cartilhas e vídeos sobre sexo seguro (ALMEIDA, 2010).

A visibilidade de lésbicas no cenário nacional se deu de modo lento e tímido. As primeiras políticas públicas formuladas tiveram como foco as especificidades em saúde dessa população. Embora o direito à saúde seja reivindicação antiga e um dos pilares da agenda do movimento lésbico, passadas duas décadas desde o I SENALE percebo que os avanços foram pouco significativos. Inclusive, Maria José Marcelino Silva (2015?) observa a baixa funcionalidade das ações e estratégias de saúde para lésbicas, pois

São muitos os casos em que as usuárias dos serviços de saúde têm seus direitos de atendimento integral à saúde negados pelo preconceito, discriminação e, principalmente, pelo despreparo dos profissionais de saúde frente às necessidades das mulheres homossexuais. (SILVA, 2015, s.p.)

Como é possível perceber, o despreparo dos profissionais é uma das principais queixas. O artigo publicado recentemente intitulado “O que médicos sabem sobre a homossexualidade?”, demonstra que ainda existe muito desconhecimento entre os médicos brasileiros. A homossexualidade, para quase metade dos entrevistados nesse estudo, é questão de simples escolha dos indivíduos, que neste caso revela maior sinal de preconceito e homofobia entre os profissionais. Além disso, quase 40% dos médicos respondeu não saber que a homossexualidade não é mais considerada doença. Outro dado demonstrou desconhecimento quanto à diferenciação entre orientação sexual e identidade de gênero (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS & CAMARGOS, 2018). A pesquisa ressalta que infelizmente, no Brasil,

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

Esse desconhecimento por parte dos profissionais se deve pela ausência de uma formação em sexualidade e diversidade sexual, conforme apresenta Ana Paula Melo (2010) em sua dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. A pesquisadora realizou entrevistas com 16 profissionais atuantes no Programa de Saúde da Família de Recife e, a partir dos seus discursos, pôde analisar os aspectos que aproximam e afastam as mulheres lésbicas dos serviços de saúde. A autora aponta que quando a sexualidade não hegemônica ou o modelo não tradicional de família vêm à tona nos consultórios, é comum o surgimento de “valores morais que influenciam o atendimento, fazendo com que esse tipo de informação seja ignorada (ou, quando não, que se explicita o despreparo do profissional para lidar com ela)” (MELO, 2010, p. 94).

Em suas entrevistas, Melo (2010) identificou três tipos de atitudes dos profissionais frente à homossexualidade: rejeição, tolerância e aceitação. Além disso, constatou que os profissionais não perguntam sobre a orientação sexual das usuárias, visto que partem do pressuposto de que as mulheres atendidas têm exclusivamente relações heterossexuais. Alguns dos médicos, enfermeiras e agentes comunitários entrevistados pela autora consideram inclusive que esse questionamento é irrelevante na consulta, outros acreditam que é essa é uma questão da intimidade da usuária, podendo causar constrangimento caso abordada. Quanto à prevenção, a noção perpetuada pela maioria dos entrevistados é que é necessária “apenas para quem faz sexo com homens” (MELO, 2010, p. 125).

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

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

Ou seja, embora exista aparato legal, série de diretrizes e princípios referentes aos direitos sociais assegurados pelo Estado, há uma série de discrepâncias entre os atendimentos cotidianos em saúde e, neste caso, na relação entre a usuária lésbica e o profissional de saúde.

Nesse sentido, é central problematizar as concepções e valores pessoais dos profissionais, desconstruindo as visões engessadas de gênero, sexualidade e família, como estratégia de superação dos preconceitos, discriminações e violências que perpassam os atendimentos. Tão importante quanto é a reivindicação de uma formação curricular acadêmica que contemple as necessidades e especificidades de mulheres lésbicas e da diversidade sexual em geral, que possa contribuir com a quebra de estigmas sobre as diversas sexualidades e a construção de uma formação profissional mais crítica. Acima de tudo, é fundamental pressionar os Conselhos, principalmente dos profissionais da saúde, para que se posicionem formalmente em defesa dos direitos sexuais dessa comunidade.

Almeida (2010) argumenta que a saúde de mulheres lésbicas frequentemente é reduzida à simples saúde sexual, problemática que atrapalha uma compreensão mais ampla dos processos de saúde-doença já citados anteriormente. O autor chama a atenção

para aspectos do poder aquisitivo e de renda associados à subordinação econômica das mulheres, bem como para os conflitos familiares decorrentes da orientação sexual, que necessitam ganhar mais destaque. Além disso, conforme o movimento de lésbicas e mulheres bissexuais destacou no último SENALE, realizado em Porto Alegre no ano de 2014, é necessário que haja na saúde maior interface com os impactos da lesbofobia e bifobia – estupros corretivos, violação de direitos e violências – e outros agravos de saúde, como o uso de álcool e drogas.

Lionço (2008) diz que é preciso avançarmos na democratização dos direitos humanos, de forma que sejam reconhecidas as inúmeras formas de exercício da sexualidade e da diversidade humana. A autora acredita ser fundamental o questionamento da naturalização da família heterossexual, pois a esta instituição vê-se, ainda de forma naturalizada, os direitos reprodutivos das mulheres estreitamente ligados aos seus direitos sexuais, que também devem ser democratizados.

Diante do exposto, enfatizo ainda a importância de se incluir nos currículos de formação dos profissionais de saúde discussões sobre orientação sexual e identidade de gênero. E para além disso, que haja investimento contínuo nestes profissionais de saúde, por meio de capacitações de qualidade, e de promoção de diálogos com o MEC acerca de uma educação não-sexista, não-racista, *não-lesbofóbica*, conforme recomenda a própria Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que trata das temáticas de gênero e raça.

Corrêa-Ribeiro, Iglesias e Camargos (2018) enfatizam ainda as principais problemáticas enfrentadas por LGBT no que diz respeito ao sistema de saúde:

[...] Presença de barreiras e práticas preconceituosas institucionalizadas; demandas dessas minorias não atendidas, aumentando o risco de adoecimento mental, suicídio, câncer e maior suscetibilidade a doenças sexualmente transmissíveis; aumento da homofobia internalizada pela percepção da rejeição por profissionais que deveriam tratar e acolher; medo de acessar os serviços, levando a evitação ou atraso no atendimento; ocultamento da orientação sexual; aumento da automedicação ou busca de informações sobre tratamentos em farmácias, revistas, amigos e internet; procura de serviços médicos apenas tardiamente, em casos extremos, ou situações de emergência; vivência de discursos homofóbicos, humilhações, ridicularizações e quebra de confidencialidade (CORRÊA-RIBEIRO; IGLESIAS & CAMARGOS, 2018, p.2).

É importante ressaltar, ainda, dentre os desafios referentes à saúde de LGBT, o acesso ao Processo Transexualizador no SUS, instituído pelas Portarias nº 1.707/GM/MS, de 18 de agosto de 2008, e nº 457/SAS/MS, de 19 de agosto de 2008. Mais recentemente

houve a ampliação desse acesso, regulamentado pela portaria 2.803 do Ministério da Saúde.

2.4 Respostas institucionais e Estatais frente às demandas de mulheres lésbicas

Ao longo desse trabalho venho pontuando sobre a invisibilidade que perpassa a temática das lesbianidades, que afeta o movimento brasileiro de lésbicas desde os seus primórdios, inclusive antes de se consolidar de forma autônoma. Essa invisibilidade é uma das inúmeras dificuldades que precisam ser superadas para o alcance de uma existência livre de preconceitos e violações de direitos.

Ainda assim, acredito que são intrínsecas à existência lésbica as “habilidades” de sobreviver e resistir aos desafios impostos por um sistema tão opressor. Afinal, basta lembrar que foi em plena ditadura militar que se iniciaram as primeiras formas de organização de um movimento que não hesitou em levantar a voz diante das repressões daquele contexto histórico. A luta permanece até os dias atuais e a retomada dos seus principais resultados merece destaque.

No âmbito do Estado, ressalto as ações do Ministério da Saúde, que tem sido central nas interlocuções com o movimento social. Por meio da participação social, a articulação das estratégias para essa população se deu majoritariamente pela via do diálogo. Essa forma de interlocução vem sendo mais estimulada desde que houve a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, em 2003, no governo Lula (SENA & SOUTO, 2017). O próprio Programa Brasil Sem Homofobia, de 2004, destinou entre seu programa de ações um item referente ao direito à saúde. Este, por sua vez, previu a criação do Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, pontuando que deveria ser dada “atenção especial à saúde da mulher lésbica em todas as fases da vida” (BRASIL, 2004, p. 23).

Em 2004, a criação desse Comitê Técnico possibilitou não só a formulação da Política de Saúde Integral LGBT em si, mas também que as demandas de mulheres lésbicas e bissexuais fossem inclusas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Posteriormente, no ano de 2006, houve a inclusão de representantes do movimento LGBT na composição do Conselho Nacional de Saúde¹⁸ (CNS). A partir dessa representação, mais tarde, no ano de 2009, veio a ser criada a Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT, a qual teve como primeira coordenadora Carmén Lúcia Luiz, enfermeira e ativista lésbica integrante da Liga Brasileira de Lésbicas (BRASIL, 2013).

Segue no quadro abaixo breve síntese das ações realizadas em saúde lésbica:

| ANO | AÇÃO | FOCO |
|------------|---|---|
| 1996 | Grupo Matricial, pelo Programa Nacional DST/Aids, vinculado ao Ministério da Saúde. | Encontros para a discussão da saúde de lésbicas, produção de pesquisas e capacitação de lideranças; elaboração de folhetos, cartilhas e vídeos sobre sexo seguro. |
| 2004 | Grupo de trabalho sobre a saúde da mulher lésbica, instituído pela Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM), do Ministério da Saúde | Espaço onde lideranças do movimento colocaram demandas relacionadas a prevenção de doenças e saúde mental. |
| 2006 | Projeto “Chegou a hora de cuidar da saúde”, do Ministério da Saúde. | Proposta de cartilha/manual educativo e capacitação de profissionais. |
| 2013 | Cartilha “Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social”, organizada pelo Ministério da Saúde | Destacar a importância da participação social na construção de políticas públicas. |
| 2014 | Oficina “Atenção Integral a Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais | Levantar e aprofundar conteúdos para produção de materiais destinados aos profissionais. |
| 2015 | Campanha “Cuidar da Saúde de Todos. Faz bem para a Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil” | Sensibilizar os trabalhadores, gestores e profissionais da saúde que atuam no SUS |

¹⁸ Portaria n 2.201, de 15 setembro de 2006.

CAPÍTULO 3 – SERVIÇO SOCIAL, DIVERSIDADE HUMANA E O COMBATE ÀS DISCRIMINAÇÕES

O Serviço Social é profissão reconhecida historicamente pelos seus processos de constante amadurecimento teórico-metodológico. Desde a sua gênese, a categoria vem traçando um caminho de ruptura com o conservadorismo, que não se configura de forma linear e mecânica. Muito pelo contrário, essa é uma luta histórica, que se deu em meio a conflitos, limites e movimentos de superação, que inclusive estão em processo de construção ainda hoje (CISNE & SANTOS, 2018).

A inserção da temática da diversidade sexual, por sua vez, se deu sob um processo de resistência da categoria em acreditar na importância do debate. Na verdade, apesar da ampla incorporação do tema à profissão, é possível dizer que atualmente ainda há disputas em torno da relevância social e acadêmica de se estudar essas questões no Serviço Social, conforme apontam Cisne & Santos (2018).

É preciso lembrar, antes de mais nada, que pautar o debate da diversidade humana no contexto da sociabilidade capitalista contemporânea já se constitui em pesado desafio. A ascensão do neoliberalismo, marcadamente na década de 1990, implicou na precarização da vida cotidiana, no aprofundamento da alienação e mercantilização das relações sociais. (SANTOS, 2008)

Assim, como não poderia deixar de ser, inúmeras contradições e lutas marcaram a inclusão desse debate à categoria de assistentes sociais.

Dessa forma, o objetivo desse último capítulo é de justamente reafirmar o compromisso do Serviço Social na defesa dos direitos não só de mulheres lésbicas, mas de toda a comunidade LGBT. Resgato brevemente os processos históricos decorrentes da luta pela inclusão da temática da diversidade sexual na categoria de assistentes sociais, apresentando as dificuldades e desafios enfrentados que se mantêm. Por fim, reflito sobre as principais contribuições que o Serviço Social tem a oferecer a esses usuários, levando em consideração a responsabilidade ético-política da profissão.

É importante que essa realidade seja problematizada e investigada sob a perspectiva do acúmulo histórico da categoria¹⁹, levando em consideração seus

¹⁹ Infelizmente, devido aos limites deste trabalho, não será possível aprofundar aqui os percursos históricos trilhados pelo Serviço Social até a atualidade, enquanto profissão que teve sua gênese na década de 1930 no Brasil.

movimentos de atualização e renovação teórico-metodológicas. Ao retomar os principais eventos e episódios fundamentais à impulsão da temática nesse meio, minha intenção é de fomentar a continuidade desse debate tão urgente a esses profissionais.

3.1. Breve histórico da inserção da pauta da diversidade na formação profissional em Serviço Social

No ano de 2006, a primeira campanha pela livre orientação e expressão sexual foi lançada pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), juntamente aos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). Intitulada “O Amor fala todas as línguas: assistente social na luta contra o preconceito”, a campanha tinha o objetivo de desnaturalizar e desconstruir a noção da heterossexualidade como única possibilidade aceitável de exercer a sexualidade humana. À época do lançamento, inúmeras polêmicas e incômodos borbulharam na categoria de assistentes sociais, muitos deles questionavam a relevância da pauta em questão (MESQUITA & MATOS, 2011).

Depois de mais de 1 década dessa campanha marcante, ainda é comum encontrar assistentes sociais que detém pouca ou nenhuma base de entendimento das demandas e direitos da população LGBT, conforme tratarei mais adiante. Não somente o desconhecimento é problemático entre esses profissionais, mas inclusive a própria reprodução de uma visão tradicional, conservadora e muitas vezes preconceituosa, que acaba por precarizar a atenção à sujeitos já tão marginalizados e precarizados.

Matos e Mesquita (2011, p.) ressaltam o caráter inovador da campanha “porque marcou a defesa e ampliação de direitos de uma população historicamente aviltada nas suas condições de existência, a população LGBT”. Além disso, os autores destacam a inovação da campanha também no sentido de ser uma ação política e pedagógica, que proporcionou o questionamento e desconstrução da heterossexualidade compulsória.

De fato, o lançamento da campanha simbolizou, finalmente, apoio formal das entidades profissionais do Serviço Social à defesa da pauta da diversidade. Entretanto, há registros que indicam que a temática já vinha sendo trabalhada desde a década de 1980, de maneira informal, no meio estudantil, conforme resgata Almeida (2009).

Segundo o autor, foi no Encontro Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESS), realizado no ano de 1986, que se discutiu sexualidade e homossexualidade pela primeira vez. A partir desse evento histórico, tornou-se cada vez mais comum a

organização de oficinas e palestras nesses temas nos encontros regionais e nacionais do movimento estudantil do Serviço Social (MESS).

A inserção de estudantes lésbicas, gays e bissexuais²⁰ nos cursos de graduação de Serviço Social foi outro aspecto essencial para que a discussão ganhasse espaço no MESS. Almeida (2009) relembra que durante os encontros regionais e nacionais do movimento, os alojamentos e salas se dividiam conforme as 7 regiões geográficas de distribuição. Além dessas 7, era comum a criação de uma “Região 8”, destinada às participantes lésbicas, gays e bissexuais do encontro.

Neste espaço da R8, conforme o autor, os estudantes conversavam, discutiam política e dormiam e, geralmente, formavam-se casais de lésbicas e gays. Sobre esse período, Almeida destaca o seguinte episódio:

Houve mesmo uma certa ocasião, em que de forma ostensivamente jocosa, a R8 lançou um manifesto que circulava xerografado de mão em mão pelo encontro. No manifesto, como nas demais articulações dos/as estudantes lésbicas, gays ou bissexuais não havia exatamente um corpo de demandas políticas articulado a ser defendido. Tratava-se muito mais de uma performática ocupação política, construída de uma forma anárquica e criativa e não a clássica manifestação de um movimento social organizado. Hoje, acredito que a existência da R8 (que parece ter se extinguido atualmente), pode ser compreendida como um modesto prenúncio no microcosmo da juventude universitária de então, do alargamento do ideário da igualdade em direção à equidade (ALMEIDA, 2009, p. 126).

Como pode-se perceber, a existência da Região 8 representou muito mais que um simples local de confraternização de estudantes lésbicas, gays e bissexuais. Em concordância ao pensamento de Almeida (2009), acredito que se constituía principalmente de um espaço político, ainda que de caráter informal. Não se pode negar o significado e o peso desse tipo de organização frente às influências conservadoras e morais presentes na profissão.

Almeida (2009) destaca a iniciativa de alguns professores em trabalhar assuntos pouco comuns na formação como, por exemplo, temáticas raciais, de sexualidade e gênero, ainda na década de 1990, época em que era estudante de graduação da FSS/UERJ. O autor chama a atenção para a atuação dos professores Marco José Duarte e Mônica Torres, que ministraram a disciplina “Família e sociedade”; a professora Carla Almeida, responsável por iniciar estudos sobre as relações de gênero da faculdade; e a professora

²⁰ Enquanto estudante e posteriormente já como docente, Almeida relata, à época de publicação do artigo “Notas sobre a possibilidade de enfrentamento da homofobia pelos/as Assistentes Sociais”, de 2009, a inexistência de travestis e transexuais nos cursos de graduação, públicos e privados, de Serviço Social, ainda que sejam cursos em que observa evidente proletarização.

Magali Almeida, pioneira nas discussões raciais. Merece destaque ainda a criação do Núcleo de Estudos da Homossexualidade, iniciativa do professor João Bosco Hora Góis, da ESS/UFF. Logo depois, no ano de 1993, houve a introdução da disciplina “Serviço social e movimentos sociais”, que também contribuiu para que os graduandos tivessem maior contato e aproximação com o movimento LGBT (ALMEIDA, 2009).

O papel dos estudantes, de militância política, bem como dos profissionais, estabelecendo diálogos e interações com outras categorias e conselhos profissionais, foi essencial para que a diversidade sexual fosse incluída na agenda profissional do Serviço Social, conforme discutem Cisne e Santos (2018).

As autoras percebem que essa temática se insere como pauta legítima aos assistentes sociais a partir de um conjunto de elementos objetivos e subjetivos. O primeiro deles diz respeito às violações de direitos da população LGBT que aumentam de proporção no contexto do capitalismo periférico brasileiro. Essa realidade e suas particularidades interferem diretamente na atuação de assistentes sociais e outras categorias profissionais, visto que usuários LGBT são atendidos nas diversas instituições devido aos direitos violados e, inclusive, a “própria ausência ou insuficiência do Estado em regulamentar sobre direitos referentes à livre orientação sexual e à identidade de sexo” (CISNE & SANTOS, 2018, p. 164). Assim, de forma inevitável, sujeitos LGBT estão inseridos em nossa sociedade. Mesmo sob as diversas violências e discriminações, ocupam espaços, trabalham, têm família, precisam de cuidados em saúde e, nesse sentido, eventualmente podem ser atendidos pelo Serviço Social.

O segundo elemento colocado pelas autoras se refere ao campo da produção de conhecimento. Ainda que seja necessário realizar levantamento e análise por todo o Brasil dos estudos que envolvem Serviço Social e diversidade, já existem pesquisas importantes que merecem destaque²¹. Os estudos da pós-graduação, principalmente depois dos anos 2000, foram fundamentais para o entendimento da pertinência de se trabalhar a diversidade sexual. Felizmente hoje já é possível encontrar essa discussão sob várias perspectivas teóricas e enfoques diferentes como, por exemplo, direitos humanos, saúde e educação (CISNE & SANTOS, 2018).

²¹ “Até 2008, destacaram-se nos debates promovidos sobre o tema na área as pesquisas, em nível de doutorado, de Santos (2005), Silveira (2006) e Almeida (2005). Podemos, inclusive, afirmar que nem sempre se tratava de socializar os resultados desses estudos, mas de discutir sobre diversidade sexual contando com a participação desses(as) interlocutores(as) nas mesas temáticas.” (CISNE & SANTOS, 2018)

O terceiro elemento é o destaque aos estudantes e profissionais LGBT que participaram ativamente e trouxeram muitas contribuições para a construção do debate no meio profissional e acadêmico, conforme também resgata Almeida (2009). Cisne & Santos enfatizam que, ainda na década de 1980, algumas feministas lésbicas deram passo à frente ao levar o tema aos eventos e encontros de estudantes e profissionais. Mais uma vez é importante chamar a atenção para o aspecto não espontâneo da agenda profissional. Nas próprias palavras das autoras, as questões e demandas referentes à realidade da população LGBT:

Não se transformaram automaticamente em demandas profissionais. O desafio de captá-las e apreendê-las no cotidiano profissional, de desenvolver estudos/pesquisas/militância política e realizar o debate/embate político para afirmar sua necessidade na agenda político-profissional do Serviço Social dependeu/depende, também, da iniciativa dos profissionais, em determinadas condições históricas. E foi justamente nesse ambiente polêmico de debates que algumas feministas lésbicas se destacaram com ousadia intelectual e política (CISNE & SANTOS, 2018, p.166).

O quarto e último elemento retomado pelas autoras se remete ao desempenho e conduta política das entidades da categoria e dos estudantes nesse processo de defender e inserir o debate da diversidade humana e sexual ao Serviço Social, que aprofundo mais adiante.

3.2. Entre os avanços e limites da agenda profissional

Conforme já pontuado, o debate da diversidade sexual em meio à categoria de assistentes sociais não se deu de forma espontânea, nem mecânica (CISNE & SANTOS, 2018). Essa pauta ganhou visibilidade ao longo dos anos devido ao movimento de alguns estudantes e profissionais que impulsionaram as discussões acerca da homofobia. Apesar dos princípios éticos-políticos do Serviço Social, os quais serão melhor trabalhados mais à frente, é preciso enfatizar que a pauta da diversidade ainda hoje enfrenta resistência.

Isso porque o conservadorismo também vem se renovando e passa a se reproduzir sob outras formas, inclusive no interior da profissão:

De certo modo, não foi novidade que os segmentos conservadores presentes na categoria reagissem de forma negativa e com força política em face da inserção da temática da diversidade na profissão. Em relação à diversidade sexual se posicionaram/se posicionam abertamente em defesa do heterossexismo, contra as conquistas feministas e naturalizam o racismo (CISNE & SANTOS, 2018, p.164).

Dessa forma, fica evidente que o Serviço Social não se encontra imune ao ranço conservador de pensamento e atuação. Esse fato vem reforçar a necessidade de se pensar estratégias para o estímulo desse debate na profissão.

Grande problema apontado pelas autoras se refere ao conservadorismo presente no próprio campo crítico da categoria, alinhado ao projeto ético-político. Essa parcela de profissionais considerou/considera que a temática da diversidade não tem relação nenhuma com a intervenção do Serviço Social. Segundo eles, este é um tema do âmbito individual e singular, além de ser considerado como objeto do debate pós-moderno, isto é, antimarxista. É importante lembrar que este é um debate consideravelmente recente a estes profissionais, tendo em vista que “as inúmeras formas de discriminação e de preconceito dirigidas à população LGBT nos ambientes de formação e exercício profissional foram secundarizadas e invisibilizadas por um longo período” (CISNE & SANTOS, 2018, p.162-163).

Nesse sentido, Cisne e Santos (2018) chamam a atenção para a necessidade da continuidade do debate da diversidade sexual e de gênero, de forma a provocar sua afirmação e disseminação na categoria profissional. As autoras apontam que embora a defesa pela laicidade do Serviço Social seja aceita na categoria, quando se destacam as temáticas da agenda feminista e dos direitos sexuais, “é comum o apelo de segmentos profissionais a valores e princípios religiosos para justificar posicionamentos conservadores que incidem, especialmente, nos direitos e na liberdade dos indivíduos LGBT e das mulheres” (CISNE & SANTOS, 2018, p. 174).

A moralidade católica que ainda influencia a profissão é um dos motivos apontados por Almeida (2009) no que diz respeito à incipiência da discussão da diversidade. O autor argumenta que os seguidores de algumas religiões, especialmente oriundos do catolicismo e protestantismo neopentecostal, de fato representam um obstáculo ao avanço do tema da diversidade. Peixoto (2016) também reafirma que as forças morais religiosas são um problema, afinal “alguns/as assistentes sociais ainda apresentam duras posturas envoltas do preconceito e da despolitização acerca do tema, saturados por apologia da moralidade religiosa” (PEIXOTO, 2016, s.p.).

No ano de 2005, o CFESS realizou pesquisa²² com o objetivo de traçar o perfil dos profissionais de serviço social no Brasil. Constatou-se que a maioria das assistentes sociais é mulher (por volta de 90%), sendo apenas 3% destas que se consideram lésbicas e 2%, bissexuais. A pesquisa ainda demonstrou que a maioria está na faixa dos 35 a 44 anos de idade, além de serem majoritariamente brancas e católicas praticantes. A análise destes dados revela que não é por acaso a resistência de debater questões relacionadas a sexualidade e diversidade humana.

Ainda mais necessária é essa discussão no âmbito da formação acadêmica dos cursos de graduação. Nesse sentido, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) desempenha papel fundamental, desencadeando reflexões sobre o tema da diversidade sexual. Uma das principais estratégias organizadas por esta entidade foi a criação, no ano de 2008, dos grupos temáticos de pesquisa (GTP), que também impulsionaram o debate frente aos desafios do exercício profissional no que tange a sexualidades (CISNE; SANTOS; 2018). Entretanto, a maioria das grades curriculares não possui disciplinas voltadas às questões de sexualidade, gênero e raça, tampouco estes debates são abordados de forma transversal pelos docentes em disciplinas obrigatórias da graduação de serviço social. Apenas no ano de 2014 houve a aprovação pela obrigatoriedade da inclusão de uma disciplina sobre o tema da diversidade sexual nas propostas curriculares.

Os processos de trabalho do assistente social também devem ser examinados sob um viés crítico e de totalidade. No que se refere a esse âmbito, Almeida destaca duas facetas essenciais ao melhor desempenho e eficiência da intervenção do profissional: a competência política e teórico-metodológica e a realidade sócio-institucional em que se desenvolve o trabalho do Serviço Social. Segundo o autor, o enfrentamento da LGBTfobia e a superação dos desafios inerentes a ela pelo assistente social demandam análise apurada do contexto institucional (ALMEIDA, 2009).

Isso porquê, conforme trabalhado ao longo dessa pesquisa, existe um sistema de opressões heteropatriarcais, funcional ao capital, que opera nas bases materiais e no imaginário social uma série de preconceitos, discriminações e explorações aos sujeitos. Essas violências se repercutem e se reproduzem em todas as esferas da sociedade,

²² Disponível em: < http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf>. Acesso em: 01/07/2018.

inclusive no cotidiano das instituições responsáveis pela implementação de políticas sociais.

Nesse sentido, são inúmeros os casos encontrados de desrespeito e violação de direitos LGBT por parte da atuação do Serviço Social em instituições diversas, como

Unidades públicas e privadas de saúde, nos centros municipais de assistência social dos municípios, nos abrigos (para crianças, adolescentes, adultos e idosos), nos conselhos tutelares, nos conselhos de políticas, nas diversas instâncias da justiça, nas prisões, nas instituições de cumprimento de medidas socioeducativas, nas escolas, universidades, empresas, ONGs, instituições filantrópicas, delegacias, entre outras instituições públicas e privadas (ALMEIDA, 2009, p. 120).

Frequentemente, esses usuários veem suas orientações sexuais e identidades de gênero negadas, negligenciadas e estigmatizadas. Fora as atitudes clássicas de “ajustamento”, que remetem à intencionalidade de “cura”, resquícios do chamado “projeto tradicional” do Serviço Social.

3.3. O Serviço Social no combate à LGBTfobia e na luta contra as opressões

Ainda que uma série de desafios referentes à pauta da diversidade sexual se apresentem aos assistentes sociais, é preciso enaltecer também as inúmeras contribuições dessa profissão no combate à LGBTfobia. Felizmente, no caminho contrário ao do conservadorismo, existem profissionais realmente comprometidos em lutar pela diversidade e que vem se posicionando de forma crítica contra os retrocessos morais (Almeida, 2009)

A já mencionada campanha “Amor fala todas as línguas”, de 2006, representa um significativo avanço na categoria de assistentes sociais. Seria um primeiro sinal da conquista de legitimidade pelas questões da diversidade sexual. Outro sinal do comprometimento do Serviço Social frente à essas demandas foi o próprio lançamento da Resolução 489/2006 que “estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social”, como forma de regulamentar princípio inscrito no Código de Ética de 1993.

No entanto, apesar desses dois marcos, Almeida (2009) relata, à época desses momentos históricos, que vários conselhos regionais resistiram em adotar as perspectivas da campanha e da Resolução, por motivos de discordância das mesmas. Segundo o autor,

apenas a campanha e a Resolução não bastariam “para transformar ideologias fortemente conservadoras presentes na profissão e que, ao contrário do que se poderia cogitar, não se circunscrevem a gerações mais velhas de assistentes sociais” (ALMEIDA, 2009, p.128). Isto é, a postura conservadora provinha de estudantes, conforme o seguinte episódio:

Pessoalmente testemunhei numa mesa-redonda realizada pelo Diretório Acadêmico há alguns anos atrás no campus do Gragoatá da UFF, em comemoração ao dia internacional da mulher, uma situação bastante constrangedora. Como havia na mesa uma escritora de um romance lésbico, em dado momento um dos estudantes de Serviço Social levantou-se e, com a Bíblia em punho, fez uma preleção à mesa sobre os pecados de Sodoma e Gomorra e sobre a impropriedade dos “eunucos” (em referência às lésbicas) (ALMEIDA, 2009, p. 128).

Como é possível perceber, mais uma vez o apelo moral religioso incide sobre o Serviço Social e, nesse caso específico, na graduação. Esse relato reforça o que eu venho propondo ao longo desse trabalho, isto é, a necessidade de fomentar o debate sobre os direitos de LGBT entre os assistentes sociais, na universidade e nas diversas instituições onde se dá o planejamento e execução de políticas públicas.

Ainda, cabe ressaltar a criação, no ano de 2010, dos Grupos de Temáticos de Pesquisa (GTP), mais especificamente o do tema *Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Geração, Sexualidades*, que veio fortalecer as referidas discussões na categoria profissional. Um dos principais desafios colocados a esse GTP é a própria consolidação dos debates de opressões, o que é mais difícil frente ao reduzido número de produções na área. Este é mais um dos motivos para a oferta de disciplinas nessas temáticas nos cursos de graduação de Serviço Social (GESTÃO ABEPSS, 2014).

3.3.1. O compromisso Ético-Político

Outro aspecto relevante a ser resgatado, no que se refere à atuação do assistente social, diz respeito ao direcionamento ético-político da profissão. O Serviço Social obteve conquistas importantes ao consolidar de forma hegemônica o chamado Projeto Ético-Político (PEP) na categoria, em meados da década de 1980. Esse projeto, pautado na recusa do conservadorismo, considera como valores centrais ao exercício profissional os princípios da liberdade e da justiça social, que vieram a ser inscritos no atual Código de Ética, de 1993 (MESQUITA & MATOS, 2011).

É evidente que o PEP direciona o Serviço Social a um posicionamento crítico, alinhado às lutas e interesses das classes subalternas. Isto é, orienta-se em oposição ao projeto hegemônico da sociabilidade capitalista vigente (MESQUITA; RAMOS; SANTOS, 2001).

Ainda assim, apesar da hegemonia do PEPSS, destaco que o mesmo não se dá exclusivamente e nem de forma acabada. Pelo contrário, está inscrito “num campo vivo de correlação de forças” e, inclusive, pode-se perceber as divergências entre os profissionais “nos vários fóruns de discussão e deliberação da categoria profissional, através do debate, das publicações, pelo confronto de ideias, ou seja, na configuração de um espaço plural, no qual é possível e pertinente a expressão de projetos distintos” (MESQUITA; RAMOS; SANTOS; 2001, p.4).

A instituição do Código de Ética de 1993, por sua vez, consolidou a defesa de princípios essenciais a defesa de populações marginalizadas, como a de LGBT. No primeiro, apresenta como valor central a liberdade, aliada à autonomia, a emancipação e “plena expansão dos indivíduos sociais”. Em seguida, a defesa dos direitos humanos, seguida da ampliação e consolidação da cidadania e o aprofundamento da democracia. Todos princípios compromissados com a superação do sistema capitalista, visto que é impossível alcançar a plenitude de valores tão caros na atual sociabilidade.

Chamo a atenção à três princípios que têm relação direta com a luta da diversidade sexual:

VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;

VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero; e

XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (CFESS, 2011, p. 23).

Nesse sentido, conforme Mesquita & Matos (2011, p. 133) afirmam “não há espaço no atual projeto profissional para o exercício do preconceito e da discriminação”. Os autores argumentam que os preconceitos são reproduzidos a partir de bases irracionais, permeadas pela desinformação, alienação, moralismo, conservadorismo e no conformismo. Dessa forma, por meio da apreensão dos processos sociais e suas

determinações, enxergando a totalidade, é possível compreender as discriminações, o que não significa que tais atitudes são justificáveis (MESQUITA & MATOS, 2011).

Mesquita, Ramos e Santos (2001) ressaltam que, de fato, uma das mudanças importantes do Código de 1986 para o de 1993 foi ao entendimento do ser social. Apenas o aspecto de classe era considerado no Código anterior, já no atual também são incorporadas as dimensões de gênero, etnia, religião, geração, orientação sexual, identidade de gênero e condição física. Logo, fica evidente o posicionamento crítico contrário às formas de opressão e exploração, aos diversos preconceitos, inclusive no âmbito profissional (MESQUITA; RAMOS; SANTOS, 2001).

Os autores resgatam o protagonismo das entidades representativas do Serviço Social quanto à discussão do campo ético-político profissional e destacam:

A existência da Comissão de Ética e Direitos Humanos do CFESS, a realização do Projeto Ética em Movimento, a discussão e aprovação de Princípios Éticos e Políticos para as Organizações Profissionais de Trabalho Social do Mercosul, a elaboração de pareceres jurídicos que questionam leis discriminatórias e a articulação com outros movimentos de defesa dos direitos humanos (MESQUITA; RAMOS; SANTOS; 2001, p.12).

Nesse sentido, observo que há vários movimentos no sentido de continuar o debate e a visão crítica, em defesa não somente da comunidade LGBT. Reitero que esse é um dos principais desafios aos assistentes sociais, o de manter as lutas e o compromisso a um projeto de sociedade livre de preconceitos.

Mais recentemente o CFESS lançou outras duas Resoluções que vêm reafirmar o comprometimento formal em garantir os direitos de LGBT. A primeira delas, a Resolução 785/2016, trata sobre “a inclusão e uso do nome social da assistente social travesti e da/do assistente social transexual no Documento de Identidade Profissional”. Já a segunda, uma conquista desse ano de 2018, a Resolução 845, que apresenta as contribuições e deveres do assistente social no processo transexualizador. São dois avanços de extrema relevância, tendo em vista a realidade de precarização das pessoas trans e travestis no Brasil.

3.3.2. Atividades pedagógicas e educativas

Frente às dificuldades que podem ser encontradas no cotidiano institucional onde se dá a intervenção profissional, considero importante destacar, ainda, o potencial do assistente social de orquestrar a transformação das culturas institucionais. Para tanto,

conforme pontua Almeida, é preciso que haja “sensibilização, informação e treinamento para novas atitudes” que se constituem como “decisão fundamental para a extensão dos direitos de cidadania a este público” (ALMEIDA, 2009, p. 123).

As práticas educativas compromissadas com as classes subalternas vêm sendo desenvolvidas pelos assistentes sociais especialmente nas últimas três décadas. Estão associadas basicamente à consolidação do Projeto Ético-Político profissional, que se deu por volta dos anos de 1980 e 1990. As atividades educativas de formação da cultura dizem respeito justamente à chamada *função pedagógica* desempenhada pelo assistente social (ABREU & CARDOSO, 2009).

Segundo Marina Maciel Abreu e Franci Gomes Cardoso, essa função pedagógica exercida pelo assistente social nos variados espaços sócio ocupacionais é inquestionável. Dentre suas implicações e efeitos, as autoras destacam o impacto “na maneira de pensar e agir dos sujeitos envolvidos na referida ação, interferindo na formação de subjetividades e normas de conduta, elementos moleculares de uma cultura (...)”(ABREU & CARDOSO, 2009, p.3). Em diálogo com Gramsci, as autoras ressaltam que as atividades educativas são estreitamente vinculadas à luta pela hegemonia na sociedade, constituídas como estratégia nos processos de formação da cultura.

De fato, o papel do assistente social de lidar com os preconceitos, desconstruindo-os, é uma atribuição que merece destaque. Silva (2015), ao analisar a atuação do Serviço Social numa ONG de Recife, chamada “Movimento Gay Leões do Norte”, e no Centro de Referência em Direitos Humanos e Combate à Homofobia, apresenta as principais contribuições da intervenção de assistentes sociais frente às demandas de LGBT. Os militantes dos projetos analisados por Silva responderam à algumas questões e destacaram, dentre os aspectos mais relevantes, “o perfil crítico do discurso do assistente social e as diversas atividades que eram realizadas” (SILVA, 2015, p. 168). As principais atividades organizadas eram as seguintes:

Ações de roda de diálogo nas escolas; acompanhamento de gays e travestis moradores de ruas; acolhimentos e acompanhamento às famílias de LGBTs; encaminhamento de casos onde LGBT foram expulsos de casa; construção/consolidação de novas parcerias; promoção de rodas de diálogo, seminários e reuniões; o acompanhamento nos presídios a detentos; encaminhamentos aos serviços públicos; atendimentos individuais e coletivos; e a construção e execução dos seminários Trabalhar as Diferenças é Promover a Educação I e II (SILVA, 2015, p. 169).

Assim, fica evidente a dimensão educativa e pedagógica da atuação dos assistentes sociais. A maioria das ações estabelecidas nos projetos de Recife continham algum

aspecto voltado à formação e capacitação dos sujeitos, à disseminação de informação e conhecimento e à construção de uma visão crítica e progressista sobre a realidade de LGBT. Esses elementos são enfatizados inclusive na fala de um dos participantes do projeto:

“Era um serviço que trabalhou com uma ferramenta poderosa para fortalecer o indivíduo e promover mudanças sociais: política de cidadania. Não tratava as pessoas como coitadinhos do preconceito, mas sim com mudança de conceitos, o aceitar a si próprio como cidadão e olhar ao seu redor” (SILVA, 2015, p.169).

A capacidade dos assistentes sociais de atuarem na mudança de atitudes e na diminuição das práticas de homofobia e preconceito também foi ressaltada pelos usuários. Além disso, outro aspecto favorável no trabalho do Serviço Social se refere à “linguagem acessível e fundamentada na realidade LGBT, a partir de uma visão de militância” (SILVA, 2015, p. 170).

As práticas educativas vinculam-se aos diversos projetos profissionais e societários, conforme apontam Abreu & Cardoso (2009). Esse entendimento é central para a apreensão dos verdadeiros significados que a função pedagógica pode exercer. Tais práticas podem estar comprometidas à um projeto que favorece os interesses das classes subalternas, visando a superação da sociabilidade capitalista, em busca da emancipação humana. Ou, ainda, a outro projeto voltado à continuidade do sistema capitalista, conforme os interesses das classes dominantes (ABREU & CARDOSO, 2009).

Dessa forma, em meio a interesses distintos, o assistente social e, conseqüentemente, os processos de mobilização social articulados por ele, encontram-se envoltos por disputas e embates contraditórios, principalmente frente às recentes transformações da sociedade brasileira, segundo Abreu & Cardoso (2009). As autoras afirmam que essas transformações, caracterizadas, em resumo, pelas reestruturações produtivas e institucionais, de orientação neoliberal, trouxeram sérias implicações²³ às funções de mobilização social e organização da atuação do Serviço Social, em especial nas políticas sociais.

²³ Destaco, de forma sintetizada: o fortalecimento da perspectiva da ajuda, em detrimento à noção do direito, regida pela lógica do Estado mínimo; o conseqüente afastamento do Estado de suas responsabilidades de formulação e implementação de políticas públicas; a crescente responsabilização da sociedade civil, incentivada a solidariedade, ao voluntarismo; o estabelecimento de contrapartidas aos sujeitos, para o acesso à benefícios e atendimentos; a ausência de posicionamento crítico dos profissionais inseridos nos conselhos de direitos e políticas públicas, seguida da despolitização e cooptação das classes subalternas (ABREU & CARDOSO, 2009).

No entanto, mesmo sob esse cenário de retrocessos, há inúmeras potencialidades referentes a mobilização social e organização, desde que comprometidas aos interesses das classes subalternas. Nesse caso, os assistentes sociais trabalham para o fortalecimento dos sujeitos e dos espaços de luta, contribuindo com a produção e socialização de conhecimentos. Um desses espaços são os próprios conselhos de direitos e de políticas, que precisam ser ocupados por profissionais comprometidos à visão crítica, ao enfrentamento dos interesses antagônicos e que trabalhem para responder as demandas e necessidades das classes subalternas (ABREU & CARDOSO, 2009).

Há, ainda, outros espaços de luta e fortalecimento, para além dos conselhos de organização política, conforme as palavras de Abreu & Cardoso:

As estratégias de mobilização utilizadas pelo assistente social podem ainda desenvolver-se no campo da comunicação social, utilizando a linguagem escrita e audiovisual, pela mídia, de modo a impulsionar uma consciência crítica capaz de desmistificar e desencadear ações coletivas que se contraponham à cultura domesticadora, também difundida pela mídia e outros meios de comunicação; na produção e atualização sistemáticas de acervo de dados relativos às expressões da questão social nos diferentes espaços ocupacionais do assistente social, que subsidiem e estimulem ações inovadoras, contrapostas à progressiva mercantilização do atendimento às necessidades sociais, decorrente da privatização das políticas, e propiciem o atendimento às efetivas necessidades das classes subalternas, alvo das ações institucionais, principalmente das políticas de seguridade social, que se constituem espaços sócio ocupacionais tradicionais do assistente social (ABREU & CARDOSO, 2009, p.13).

Dessa forma, diante de tantos espaços e meios de ação profissional do assistente social, é essencial que haja a incorporação dos debates de gênero e sexualidade nas ações pedagógicas com públicos variados, como crianças, adolescentes, adultos e idosos (ALMEIDA, 2009). Isso porquê as mudanças de atitude, como já reiterado neste trabalho, não ocorrem de forma espontânea. A propósito, “aprovada uma lei, isto não significa que por decreto será produzida uma mudança de comportamento” (ALMEIDA, 2009, p. 137).

3.4. O Serviço Social frente as demandas em saúde de mulheres lésbicas

Caminho para as considerações finais deste trabalho com a certeza de que ainda há muito a ser explorado pelo Serviço Social no âmbito das sexualidades, especialmente das lesbianidades. Sem desmerecer tudo o que já foi conquistado, em termos do reconhecimento da legitimidade do debate da diversidade, não se pode negar a grande lacuna de pesquisas e estudos por parte de assistentes sociais acerca das vivências lésbicas e também de gays, bissexuais e pessoas travestis e transexuais na saúde.

Pelo contrário, é válido questionar: será que realmente essa discussão está consolidada no Serviço Social? Se a sua legitimidade foi conquistada entre a categoria profissional, por que há tão pouca produção e pesquisa científica na área? De que forma podemos impulsionar esses estudos? Esse trabalho foi um esforço de aproximação de algumas dessas respostas, as quais não se esgotam aqui. Nesse sentido, é essencial traçar algumas reflexões e críticas sobre a intervenção do assistente social com a população LGBT no âmbito da saúde.

Destaco que o maior campo de atuação do Serviço Social ainda é a área da saúde. Também é na dimensão da saúde onde se situam as principais conquistas e avanços em termos de políticas públicas da população LGBT, conforme sinalizado anteriormente. Assim, cabe ao assistente social estar inserido nas diversas instituições para que o direito a saúde, nos moldes da Constituição Cidadã e do Sistema Único de Saúde, esteja devidamente garantido a esses usuários. Inúmeros processos e transformações nesse campo implicam “diretamente nas demandas postas ao Serviço Social de modo que a materialização do exercício profissional do assistente social na saúde se compõe de uma diversidade de questões que são capazes de colocá-lo frente a requisições extremamente heterogêneas” (ALMEIDA & SANTOS, 2017, p. 493).

Um dos espaços da saúde que demandam a presença do assistente social é no Processo Transexualizador. Almeida & Santos (2015), ao relatarem experiência de extensão universitária vinculada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, avaliam que

A inserção do serviço social no programa do HUPE/UERJ só começou a se efetivar plenamente em 2010. Tal fato se deu, em grande medida, em função do desconhecimento/ausência de discussão da equipe de Serviço Social acerca de sua importância no programa e sobre as possíveis relações daquelas ações assistenciais em saúde com o projeto ético-político da profissão (ALMEIDA & SANTOS, 2015, p.83).

À época, os assistentes sociais se depararam com uma demanda diferenciada e consideravelmente nova, pois, segundo os autores, até então aqueles profissionais estavam habituados apenas ao atendimento esporádico e pontual de pessoas trans e travestis. Por isso, frente aos desafios postos da realidade da implementação do Processo Transexualizador no Hospital Universitário, o professor Guilherme Almeida e a FSS/UERJ foram chamados a prestar assessoria a equipe, com o objetivo de formação e construção do debate acerca da transexualidade naquele espaço.

A rica experiência narrada por Almeida & Santos permite a apreensão de algumas das várias potencialidades que o Serviço Social pode exercer, relacionadas às

necessidades em saúde de LGBT. Como ainda se trata de uma dimensão pouco explorada, é essencial que a categoria ocupe os espaços de reflexão, como a academia, de forma que essa discussão possa se reproduzir em proporções cada vez maiores, bem como a luta pelos direitos desses usuários (SILVA; SANTOS; SANTOS, 2016).

Dentre as possibilidades de atuação de assistentes sociais, Silva; Santos & Santos (2016) destacam aspectos de frentes de trabalho tanto de assistência direta aos usuários quanto de participação e gestão de políticas públicas. Na assistência direta, resalto a própria abordagem aos LGBT, a orientação acerca de políticas públicas e gerais, os procedimentos de entrevistas, estudos sociais e encaminhamentos para redes de apoio e proteção. Também são importantes ferramentas as rodas de conversa, os momentos de sala de espera e os cuidados referentes aos prontuários e páginas virtuais dos usuários (SILVA; SANTOS; SANTOS, 2016).

Além disso, são fundamentais as ações de fortalecimento e de autonomia da população LGBT, devido à todos os processos de precarização e violação de direitos aos quais são submetidos cotidianamente. Esse é um trabalho que implica a atuação do assistente social em equipes multi e interdisciplinares, pois dessa forma é possível o acesso e a atenção à saúde de forma integral, conforme preconizado no SUS.

Por último, os espaços deliberativos, de participação e gestão também são extremamente necessários para a superação dos desafios e execução das estratégias. As reuniões

Junto ao Ministério da Saúde, articulação com Defensoria Pública, Ministério Público e participação no Comitê de Saúde LGBT. A participação nesses espaços é considerada estratégica no sentido de possibilitar que levemos a vivência cotidiana no serviço e demandas dos usuários/as para discussão dentro de uma perspectiva de garantia e ampliação de direitos, além da contribuição para construção e materialização da política de saúde LGBT (SILVA; SANTOS; SANTOS, 2016, p.6).

Dessa forma, percebo que não faltam espaços nem meios para que o Serviço Social possa articular suas intervenções. Mesmo que a categoria demonstre estar realizando esforços para “recuperar o atraso” na defesa e garantia dos direitos de LGBT, muitos desafios ainda permanecem. Importante lembrar que estes são desafios que não se restringem à ordem interna, que dizem respeito apenas às problemáticas e contradições da categoria. Pelo contrário, embora haja o compromisso ético-político e a hegemonia de um projeto profissional crítico, o Serviço Social não está imune aos retrocessos e barreiras externos a ele, da conjuntura política e social da sociabilidade vigente.

O fato da profissão ser contraditória, estar permeada por contradições e, ainda, inscrever-se em meio à processos de correlação de forças reforça o que eu venho trabalhando ao longo desse estudo, a respeito de chamar a atenção da categoria para a importância de se aproximar e se dedicar cada vez mais aos estudos da diversidade humana. É inadmissível que assistentes sociais, profissionais encarregados pela efetivação e garantia de direitos, se tornem responsáveis pela violação dos mesmos, seja por desconhecimento, ignorância e, pior ainda, por atitudes preconceituosas, ainda mais no âmbito da saúde.

Mais do que nunca, essas lutas, tanto pela saúde como direito universal quanto pelos direitos sociais de populações marginalizadas precisarão de força e resistência. Isso porque, a EC 95 aprovada recentemente no ano de 2016, congela por 20 anos os gastos do Estado com as políticas públicas de saúde e educação. Essa é uma medida que, além de precarizar ainda mais esses serviços básicos, tende a sobrecarregar a sociedade civil com o afastamento do Estado de suas responsabilidades. Somado a isso, o projeto de governo do presidente recém-eleito Jair Bolsonaro não prevê nenhuma garantia de fortalecimento do SUS ou incentivo à saúde pública, pelo contrário, prioriza a lógica de saúde privada, da saúde meramente preventiva e da ausência de doenças.

A luta pelas políticas públicas de saúde LGBT devem estar alinhadas às lutas pelo SUS, pelos princípios da Reforma Sanitária e vice-versa, afinal um não pode existir sem o outro. Cabe ao Serviço Social fomentar e fortalecer essa luta, seja junto dos usuários, seja nos espaços deliberativos, na academia ou na militância política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi um esforço, acima de tudo, de visibilizar as vivências de mulheres lésbicas. Isto é, uma pesquisa ao mesmo tempo satisfatória e desafiadora. Resgatar as memórias do movimento lésbico brasileiro não foi um trabalho fácil, tendo em vista as escassas referências bibliográficas. No entanto, à medida que essa investigação se desenvolvia, mais sentimento de ânimo tomava conta. De fato, foi uma das experiências mais proveitosas e significativas que a graduação em Serviço Social me proporcionou: estudar sobre a luta de mulheres lésbicas e conhecer o seu legado, me sentindo pertencente a ele.

Não apenas os sentimentos de ânimo e satisfação motivaram essa pesquisa, infelizmente. Indignação, medo e tristeza foram alguns dos inúmeros anseios, que apesar de infelizes, serviram de impulso para a concretização desse trabalho. Na verdade, ainda que soe repetitivo, acredito que todos eles se resumem especialmente ao sentimento de resistência.

A resistência é intrínseca à vida não só de mulheres lésbicas, mas de toda a comunidade LGBT em geral. Resistir, para muitos, é a única opção concreta frente a todas as barreiras e violências cotidianas. Prova disso é a própria gênese do movimento LGBT no Brasil, que se deu em meio a um momento histórico de cerceamento de direitos, repressão e censura. Já às lésbicas, por sua vez, foi preciso fôlego e força para enfrentar a invisibilidade de um movimento (homossexual) composto majoritariamente por homens e de outro centrado em bases heteronormativas (feministas).

Os processos que levaram à consolidação autônoma do movimento de lésbicas foram essenciais para o estabelecimento dos primeiros diálogos com o Estado. Essas conquistas obtidas a partir das décadas de 1980 e 1990 foram marcadas tanto por uma participação e controle social acentuados na construção das primeiras políticas públicas para este segmento, quanto pelo incentivo às organizações não-governamentais.

Nesse sentido, a articulação do Seminário Nacional de Lésbicas consistiu em instrumento de peso para a organização e visibilidade coletiva de lésbicas e também de reivindicação das demandas e necessidades ao Estado. Ainda hoje os SENALES representam espaço de referência a esse movimento, unindo lésbicas, além de mulheres bissexuais, Brasil a fora, proporcionando confraternização, fortalecimento e, mais uma vez, resistência.

As necessidades em saúde lésbica progressivamente vêm ganhando visibilidade em meio às políticas públicas. Não se pode negar que houve avanços no reconhecimento do Estado quanto às especificidades de mulheres lésbicas. Na última década, observo maior incidência de estratégias que dizem respeito a garantia do acesso à saúde de lésbicas. Porém são ações majoritariamente pontuais e fragmentadas, que se distanciam dos princípios de universalidade, integralidade e equidade preconizados pelo SUS.

Forte evidência da fragilidade das ações em saúde lésbica é a reprodução contínua de mitos e falsas verdades sobre a suposta imunidade à contaminação de DST. Essa noção se multiplica entre as próprias lésbicas e também entre os profissionais de saúde, o que é ainda mais problemático. A visão conservadora destes profissionais sobre gênero e sexualidade é outro desafio a ser enfrentado. Cabe ao movimento de mulheres lésbicas a reafirmação de suas identidades, mesmo diante da lesbofobia institucional dos serviços de atenção à saúde. O posicionamento nesse sentido é essencial para romper com a heterossexualidade compulsória associada às mulheres.

Ainda estão pendentes as produções de censos estatísticos que visibilizem a realidade não só do acesso a saúde, mas das condições de vida de lésbicas, dos índices de renda, de violência, de lesbofobia. A existência de censos seria fundamento e incentivo para maior produção científica, além de significar a responsabilização do Estado pela formulação e execução de políticas públicas para a diversidade.

Concluo, ainda, que problematizar a realidade de lesbofobias cotidianas, que se reproduzem também nas instituições, constituindo o discurso de profissionais de saúde, significa sobretudo problematizar a sociabilidade capitalista vigente. Isso porque, enquanto as diferenças inerentes à diversidade humana forem utilizadas para explorar, dominar, oprimir e legitimar desigualdade, não existe perspectiva possível de emancipação e liberdade humanas.

É nesse sentido que caminha o Serviço Social, profissão compromissada com a luta contra as opressões, em defesa da igualdade e liberdade humanas. Cabe aos assistentes sociais o enfrentamento do conservadorismo para a garantia dos direitos das pessoas LGBT. A visão crítica da profissão, que não é hegemônica na categoria, tem grande potencial para transformar a cultura institucional e profissional acerca das demandas da diversidade sexual.

Este trabalho, nesse sentido, também representa um apelo a esses assistentes sociais que acreditam na irrelevância de pauta tão urgente, como a da diversidade sexual. Busca contribuir ao fortalecimento, consolidação e continuidade desse debate no Serviço Social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Marina Maciel; CARVALHO, Franci Gomes. Mobilização social e práticas educativas. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, 2009.

ALMEIDA, Guilherme Silva de. Impasses contemporâneos do protagonismo lésbico: para além da inversão da sigla.

ALMEIDA, Guilherme Silva de. Notas sobre a possibilidade de enfrentamento da homofobia pelos assistentes sociais. *O Social em Questão*, v. 1, p. 117-140, 2008.

ALMEIDA, Guilherme Silva de; SANTOS, Márcia Cristina Brasil. Serviço Social e os desafios teórico-práticos frente a transexualidade. *Anais do V Seminário Internacional da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora*, 2017.

ALMEIDA, Guilherme Silva de; SANTOS, Márcia Cristina Brasil. Extensão universitária e serviço social: Uma experiência exitosa no trabalho junto ao processo transexualizador no Rio de Janeiro. *Revista Feminismos*, Vol.3, N.1 Jan. - Abr. 2015.

BACCI, Irina Karla. *Vozes Lésbicas no Brasil: a busca e os sentidos da cidadania LGBT no Brasil*. 2016. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) - Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

BOLETIM CHANACOMCHANA. São Paulo, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 29/09/2018.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*, Brasília, DF, setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 06/05/2018.

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

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____, Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde* / Ministério da Saúde. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde* / Ministério da Saúde. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ato Institucional número 5. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/AIT/ait-05-68.htm>. Acesso em: 10/11/2018.

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

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

CLARKE, Cheryl. Lesbianism: an Act of Resistance. In: This Bridge Called My Back. Disponível em: <https://monoskop.org/images/e/e2/Moraga_Cherrie_Anzaldual_Gloria_eds_This_Bridge_Called_My_Back_Writings_by_Radical_Women_of_Color-Kitchen_Table_Women_of_Color_Press.pdf>. Acesso em: 10/09/2018.

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

_____. Um diálogo decolonial na colonial cidade de Cachoeira/BA: Entrevista com Ochy Curiel

COLAÇO, Rita. Operação Sapatão – Richetti 15 nov 1980. Memória/História MHBMLGBT. 05 abr 2009. Disponível em: <<https://memoriamblogspot.com/2009/04/operacao-sapatao-richetti-15-nov-1980.html>>. Acesso em 16/09/2018.

Corrêa-Ribeiro R, Iglesias F, Camargos EF. O que médicos sabem sobre a homossexualidade? Tradução e adaptação do Knowledge about Homosexuality Questionnaire. *einstein* (São Paulo). 2018.

DUARTE, Marco José de Oliveira. *Diversidade Sexual, Políticas Públicas e Direitos Humanos: Saúde e Cidadania Lgbt em Cena*. Brasília (DF), ano 14, n. 27, p. 77-98, jan./jun. 2014.

FACCHINI, Regina. Políticas para “lésbicas” e para “sapatões”: diversidade, diferenças e o enfrentamento ao hetetossexismo.

GESTÃO ABEPSS 2013 – 2014. Grupo Temático de Pesquisa Serviço Social, Relações de exploração/ opressão de gênero, raça/etnia, geração, sexualidades: breve histórico e desafios. In: Revista Temporalis. Ano 14, nº27, jan/jun.2014.

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

KERGOAT, Danièle. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. *Novos Estudos*, n. 86, março. 2010, p. 93-103. Disponível em: <

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

MARTINHO, Miriam. Tributo a Rosely Roth, pioneira da visibilidade lesbiana no Brasil. Disponível em: <<https://www.umoutroolhar.com.br/2018/08/tributo-rosely-roth-pioneira-da.html>>. Acesso em 16/09/2018.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. 2009

MELO, Ana Paula Lopes de. “Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. / Ana Paula Lopes de Melo. – 2010. 150f

MESQUITA, Marylucia. MATOS, Maurílio C. “O amor fala todas as línguas: assistente social na luta contra o preconceito” – reflexões sobre a campanha do conjunto CFESS/CRESS. Revista Em Pauta, v. 09, n.28, p. 131-146.

MESQUITA, Marylucia; RAMOS, Sâmia Rodrigues, SANTOS, Silvana Mara Moraes. Contribuições à crítica do preconceito no debate do Serviço Social. In: Revista Presença Ética. Ano I, Nº 1 – Outubro de 2001.

MOTA, Ana Elizabete (Org.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. 408 p.

OLIVEIRA, Luana Farias. Quem tem medo de sapatão? Resistência lésbica à Ditadura Civil-Militar (1964-1985). Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/download/21694/14301>>. Acesso em: 01/09/2018.

PAIM, Jairnilson Silva e outros. *O que é o SUS*. / Jairnilson Silva Paim. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em: 05/05/2018.

PEIXOTO, Valdenízia Bento. Violência contra LGBTs no Brasil: a construção sócio-histórica do corpo abjeto com base em quatro homicídios; 2018; Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade de Brasília, 2018.

PEIXOTO, Valdenízia Bento. **RELAÇÕES LGBT E SERVIÇO SOCIAL: premissas sócio históricas para o debate da opressão**. In: Anais do ENEPSS 2016. Ribeirão Preto – SP.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e serviço social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 198 p.

REZENDE, Patrícia de Souza. A atenção à saúde das mulheres: integralidade e gênero. Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador. 2011. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 152f.

RICH, Adrienne. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. *Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades*, v. 4, n. 05, 27 nov. 2012.

ROCHA, Patrícia Rodrigues; DAVID, Helena Maria Sherlowski Leal. *Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social em Saúde*. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(1):129-135.

SAFFIOTI, Heleieth. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Silvana Mara de Moraes. Direitos, desigualdade e diversidade. In: *Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas*. Org. Boschetti, Behering, Miotto. São Paulo: Cortez, 2008.

SENA, Ana Gabriela Nascimento; SOUTO, Kátia Maria Barreto. Avanços e desafios da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 11(1), 09-28, mar, 2017.

SILVA, Maria José Marcelino da Silva. *Saúde das mulheres lésbicas no Brasil*. [2015?] Disponível em: <<https://seminario2015.ccsa.ufrn.br/assets//upload/papers/ccf0695946978f0c9782201fe4de0dae.pdf>>. Acesso em: 05/07/2018.

SILVA, Zuleide Paiva da. LBL – Liga Brasileira de Lésbicas: organização e luta política. *Revista Periodicus*, Salvador, n. 7, v. 1, maio-out. 2017, p. 20-53.

SILVA, Leonidas Leal da. Avaliação da Atuação do Serviço Social na ONG Movimento Gay Leões do Norte e Centro de Referência em Direitos Humanos e Combate à Homofobia Leões do Norte. 2015. Disponível em: <<http://arcus-ufpe.com/files/semcap10/semcap1017.pdf>>. Acesso em: 10/11/2018.

SILVA, Camilla Garcino da; SANTOS, Monaliza Argollo dos; SANTOS, Márcia Cristina Brasil. Reflexões acerca da atuação do serviço social junto à população transexual: relatos de uma experiência em campo. *Anais do II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro*, 11 a 13 maio, 2016.

SIMÕES, Júlio Assis; FACCHINI, Regina. *Na trilha do arco-íris: Do movimento homossexual ao LGBT* / Júlio Assis Simões, Regina Facchini. – São Paulo: Editora Fundasenação Perseu Abramo, 2009. 196 p. – (Coleção História do Povo Brasileiro)

SOARES, Gilberta; SARDENBERG, Cecília. Assumindo a lesbianidade no campo teórico feminista. In: *XV CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA MUDANÇAS, PERMANÊNCIAS E DESAFIOS SOCIOLÓGICOS*. Anais do XV Congresso Brasileiro de Sociologia. Curitiba: Sociedade Brasileira de Sociologia, 2011. 17 p.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *Saúde e serviço social*. – São Paulo: Cortez Editora, 2012. 288 p.

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